



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Pierre VAILLANT

le 10 juin 2016

Effet des dernières publications de la HAS concernant le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA auprès des médecins généralistes lorrains

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Pascal ESCHWEGE	Président
M. le Professeur Didier PEIFFERT	Juge
Mme le Docteur Elisabeth STEYER	Juge
M. le Docteur Jean-Sébastien CORROY	Juge
Mme le Docteur Laurène MILLET-MALINGREY	Juge et Directrice



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Faculaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective faculaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN

Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI

Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Jean-Claude MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (stagiaire)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (stagiaire)

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et Président de Jury,
Monsieur le Professeur Pascal ESCHWEGE
Professeur d'Urologie

Nous apprécions l'honneur que vous nous faites
en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect
pour votre enseignement, et pour la qualité de votre encadrement.

Nous vous prions de croire à notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Didier PEIFFERT

Professeur de Cancérologie - Radiothérapie

Nous vous remercions de votre confiance
et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez ainsi trouver dans ce modeste travail le témoignage
de notre profonde gratitude et de notre respect dévoué.

A notre Maître et Juge,

Madame le Dr Elisabeth Steyer

Maître de Conférences des Universités en Médecine Générale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous
faites en acceptant de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de
notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CORROY

Chirurgien urologue

Merci d'avoir été à l'origine de ce sujet,
merci pour tous les conseils que vous m'avez donnés,
et merci de l'intérêt permanent que vous avez porté à ce travail,
j'aime particulièrement discuter d'urologie avec vous.

A notre Maître et Juge,

Madame le Docteur Laurène MILLET-MALINGREY

Médecin généraliste, Maître de stage des Universités

Chère Laurène,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci pour vos nombreux conseils et votre infinie patience.

Que ce travail soit l'expression de notre profond respect.

A Anne-Sophie, mon amour, merci d'être chaque jour à mes côtés, tu illumines ma vie, je suis heureux et fier de construire notre famille avec toi,

A notre petite fille dont la naissance approche,

A mes parents, merci pour votre amour, votre soutien indéfectible, vos conseils médicaux avisés, vous êtes mes modèles,

A Catherine ma petite sœur, et son mari Guillaume, je vous souhaite le meilleur,

A mes grands-parents, merci pour votre bienveillance et tous ces moments partagés, et à Papi Paul plus particulièrement, j'aurais tant aimé que tu sois là, toi qui m'appelais docteur alors que je n'étais encore qu'étudiant.

A Anne-Marie, Jean-Sébastien et Guillaume, merci de m'avoir intégré si facilement dans votre belle famille,

A ma famille,

A mes amis,

Aux médecins et infirmières qui m'ont tant appris tout au long de mes études,

A tous les patients,

Je dédie ce travail

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Tables des matières

INTRODUCTION	19
LE DEBAT ACTUEL.	23
L'ETUDE EUROPEENNE ECRPC.	23
L'ETUDE AMERICAINE PLCO.	27
META-ANALYSE D'ILIC ET AL.	30
RECOMMANDATIONS DES PRINCIPALES SOCIETES SAVANTES FRANÇAISES DEPUIS LA PUBLICATION DE CES DEUX GRANDES ETUDES.	31
LE COLLEGE DE LA MEDECINE GENERALE	33
MATERIEL ET METHODES	35
1. LE CHOIX DE LA METHODE	36
2. LES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	37
A. L'ECHANTILLONNAGE	37
B. LE DEROULEMENT	38
C. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES	38
RESULTATS	40
1. L'ECHANTILLON	41
2. LES DONNEES DES ENTRETIENS	43
A. AGE AUQUEL LE DEPISTAGE PAR PSA EST PRESCRIT	43
B. CLINIQUE ASSOCIEE A LA PRESCRIPTION DU PSA	45
C. GESTION DES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DE LA PROSTATE PAR LE MEDECIN	47
D. HABITUDES DE PRESCRIPTION DU PSA DANS LE CADRE DU DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE	48
E. PERCEPTION DU PSA ET DE SES CONSEQUENCES PAR LE MEDECIN	50
F. ENTRETIEN PREALABLE A LA PRESCRIPTION DU PSA	51
G. ELEMENTS INFLUENÇANT LA PRESCRIPTION OU NON DU DOSAGE DU PSA	57
H. PLACE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES DANS LA PRATIQUE	60
I. EVOLUTIONS ET REMISE EN QUESTION DE LA PRATIQUE DU MEDECIN	62
J. PERCEPTION PAR LE MEDECIN DES ATTENTES DU PATIENT	64
DISCUSSION	67
1. SUR LA METHODOLOGIE	68
A. LES INTERETS DE LA METHODE	68
B. LES LIMITES DE LA METHODE	68
2. SUR LES RESULTATS	72
A. L'ECHANTILLON	72
B. LES ENTRETIENS	72
PRATIQUE DES MEDECINS	75
INFORMATION DU PATIENT	77
DETERMINANTS DE PRATIQUE	80

CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES	94
1. CAHIER DES CHARGES DES PROGRAMMES DE DEPISTAGE DEFINI PAR L'OMS	
2. COMMUNIQUE DE PRESSE DE L'AFU DU 15 MARS 2012	
3. CONSENTEMENT SIGNE PAR LES MEDECINS PARTICIPANT A L'ETUDE	
4. GUIDE D'ENTRETIEN	
5. CODES ET DEFINITIONS	
6. EXEMPLE D'ENTRETIEN	
7. ELEMENTS D'INFORMATIONS DESTINES AUX MEDECINS CONCERNANT LA PREMIERE PRESCRIPTION DU PSA CHEZ L'HOMME ASYMPTOMATIQUE	
8. LE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE, S'INFORMER AVANT DE DECIDER	

Glossaire des abréviations

AFU : Association Française d'Urologie

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CaP : Cancer de la prostate

CMG : Collège de la Médecine Générale

CNAMTS: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

ERSPC : European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National Du Cancer

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPEPS : Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé

PLCO : Prostate Lung Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial

PSA : Prostate Specific Antigen

SFMG : Société Française de Médecine Générale

Introduction

Le médecin généraliste est un des acteurs principaux de la promotion de la santé, des soins à visée curative, palliative, mais aussi et surtout préventive. Le dépistage fait partie de son devoir de soignant dans le respect de l'un des fondements de la médecine : « primum non nocere ». Cette attitude de dépistage peut parfois se révéler délicate, elle consiste à rechercher une pathologie chez un individu asymptomatique dans le but d'améliorer son espérance de vie et de promouvoir sa santé.

Certains cancers font aujourd'hui l'objet d'un dépistage de masse organisé, comme le cancer du colon ou le cancer du sein. Ces programmes de dépistage répondent parfaitement à un cahier des charges communément défini par les critères OMS (en annexe 1). Ceux-ci ont grandement amélioré le pronostic, l'espérance de vie et la qualité de vie des patients dépistés.

Selon les dernières estimations du rapport INCa 2015, le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus fréquent avec 53913 nouveaux cas en 2011, et la troisième cause de décès par cancer chez l'homme en France, avec 8893 décès pour l'année 2011. Son incidence a été en constante augmentation. Elle a été multipliée par quatre depuis les années 80. La mortalité spécifique (nombre de décès attribuables à la pathologie sur une période donnée / moyenne de la population en milieu de période) est relativement stable et représente 10% des causes de décès par cancer chez l'homme (1). L'accroissement et le vieillissement de la population expliquent en partie cette forte augmentation de l'incidence, mais cette dernière est également fortement induite par l'utilisation de plus en plus fréquente du dosage sérique de l'Antigène Spécifique de la Prostate (PSA) dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate.

L'INCa précise qu'« il est certain qu'il existe actuellement une baisse très rapide de l'incidence par rapport aux taux atteints autour de 2005-2006, mais la vitesse de cette baisse devrait s'atténuer. Cette baisse de l'incidence résulte de la conjonction de deux

phénomènes : d'une part, après plusieurs années de dépistage, une partie des cancers prévalents sont diagnostiqués, d'autre part la reconnaissance d'un risque de sur-diagnostic et de sur-traitement incite à la prudence les cliniciens et la population. » L'INCa conclue tout de même qu' « il est malgré tout possible d'indiquer que si la baisse de l'incidence se poursuit au même rythme qu'actuellement (scénario A), le nombre de cas attendu en 2015 serait de 46 856 (cette hypothèse doit être considérée comme une hypothèse basse). Si toutefois le taux d'incidence estimé en 2011 est appliqué à la population de 2015 (scénario B) alors le nombre de nouveaux cas attendu serait de 58 863 (cette hypothèse doit être considérée comme une hypothèse haute). Pour la mortalité, le scénario A « *la tendance récente du risque se prolonge* » a été retenu. Selon cette hypothèse, le nombre de décès par cancer de la prostate en 2015 est estimé à 8 713, soit un taux standardisé de mortalité (standard monde) de 9,2 pour 100 000 personnes-années (1).

Rappelons toutefois que toute projection d'incidence, comme le rappelle Rébillard, même à 3 ans, semble hasardeuse, étant donné les importantes fluctuations de l'incidence observées durant ces dernières années. L'utilisation importante du dosage sérique du PSA dans un objectif de dépistage individuel a entraîné une forte augmentation de l'incidence au début des années 2000 qui s'est poursuivie jusqu'en 2005 (62 000 nouveaux cas). L'incidence a ensuite fortement baissé de 2005 à 2009, mais, compte tenu du caractère chaotique de l'évolution, aucune projection raisonnable de cette évolution ne peut être faite (arrêt ou poursuite de la décroissance?) (2).

Le PSA (Antigène Spécifique de la Prostate) est une molécule sécrétée exclusivement par la prostate, découverte en 1960 et utilisée en oncologie prostatique depuis 1987. Le PSA est un marqueur tumoral, utilisé dans toutes les étapes de la prise en charge du cancer

de prostate. Le dosage du PSA sérique total est, en association au toucher rectal, au centre du dépistage du cancer de prostate. (3)

Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), le dosage sérique du PSA n'est pas un outil adapté au dépistage de masse, notamment parce qu'il n'a pas fait la preuve de son efficacité en terme de réduction de la mortalité spécifique des patients dépistés. Le cancer de la prostate ne fait donc pas l'objet d'un dépistage organisé. De plus, l'HAS a donnée dernièrement un avis défavorable au dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA au sein de populations d'hommes considérées comme plus à risque de cancer de la prostate. Elle souligne aussi l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation de ce dépistage (4).

L'AFU, quant à elle, préconise un dépistage individuel par le dosage sérique du PSA associé au toucher rectal, après information éclairée, chez les hommes de 50 à 75 ans afin de dépister le cancer potentiel à un stade curable et de réduire ainsi la mortalité spécifique. Elle insiste aussi sur les patients à haut risque de cancer de la prostate et recommande une détection précoce dès 45 ans. L'AFU sensibilisait le public par des campagnes de promotion du dépistage et par l'organisation d'une journée nationale de la prostate (5).

Les stratégies proposées par ces instances apparaissent hétérogènes voir contradictoires et placent donc le médecin traitant dans une situation inconfortable. Il est effectivement en première ligne face au patient, vecteur d'une information adaptée à celui-ci afin d'aboutir à une décision. En 2003, les médecins généralistes étaient les prescripteurs de 85% des dosages de PSA recensés par la CNAMTS, ce qui représente 63% des dosages de marqueurs tumoraux totaux, soit un coût de 63 millions d'euros (6).

En septembre 2004, l'ANAES en collaboration avec l'AFU a réalisé une mise au point sur « L'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel de la prostate » et a ainsi réaffirmé sa position contre le dépistage de masse.

Dans ce contexte de controverse active, il nous a paru intéressant d'explorer la pratique des médecins généralistes de Lorraine, leurs motivations, et la potentielle incidence des recommandations sur l'évolution de leur pratique.

Le débat actuel.

Le *New England Journal of Medicine* a publié en Mars 2009 un numéro consacré aux résultats très attendus de deux études de grande envergure réalisées aux Etats-Unis et en Europe. Ces deux études s'intéressaient à l'impact du dépistage du cancer de la prostate sur la mortalité spécifique liée à ce cancer. L'étude européenne était intitulée « Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study » (ERSPC) (7), et l'étude américaine « Mortality Results from a randomized Prostate-Cancer Screening Trial » (PLCO) (8).

L'étude européenne ERSPC.

Méthode de l'étude

L'étude ERSPC (7) est une étude européenne multicentrique randomisée de supériorité, initiée au début des années 90, qui a pris fin le 31 décembre 2006. L'objectif principal était d'évaluer les effets du dépistage du cancer prostatique par le dosage du PSA sur la mortalité spécifique par cancer prostatique. Le but des investigateurs était de montrer

une diminution de 25% de la mortalité par cancer prostatique grâce au dépistage. Le critère de jugement principal était donc le taux de mortalité par cancer de la prostate.

Les hommes ont été recrutés sur des registres nationaux, mais selon les pays, le consentement éclairé des patients a été recueilli à des moments différents de l'étude, parfois avant la randomisation et parfois après. Les résultats de la France et du Portugal n'ont pas été exploités. En effet, la participation de la France à l'étude à partir de 2001 n'a pas permis un suivi assez long, et le Portugal n'a pas été en mesure de fournir certaines des données demandées.

La taille de l'échantillon avait été prévue pour mettre en évidence une réduction d'au moins 25% de la mortalité du cancer de la prostate sous l'hypothèse d'une observance de 82% et d'une contamination de 20% dans le groupe contrôle. La contamination était définie par le fait d'être dépisté dans le cadre d'un suivi de routine alors que le patient appartenait au groupe contrôle.

Au total, 182 000 patients européens âgés de 50 à 74 ans ont donc été inclus dans l'étude puis randomisés en deux groupes. Dans le groupe dépistage, un dosage de PSA était proposé tous les 4 ans en moyenne, tandis que dans le groupe contrôle, aucun dépistage particulier n'était proposé. Les deux groupes n'ont pas fait l'objet d'appariement ni de stratification dans le cadre de la randomisation. Le ratio était en général de 1/1 dans les deux groupes étudiés, sauf en Finlande où il y avait environ 1 patient dans le groupe dépistage pour 1.15 patients dans le groupe contrôle.

Concernant les âges, tous les centres ont inclus un noyau de patients âgés de 55 à 69 ans (162 243 hommes) mais chaque pays a également inclus d'autres patients dont l'âge variait de 50 à 74 ans, et ceci de manière très hétérogène.

Les méthodes de dépistage, elles aussi étaient variables d'un pays à l'autre : l'appareil de mesure était identique pour tous les centres mais la valeur seuil du PSA à partir de laquelle des biopsies étaient réalisées n'était pas la même pour tous les centres. Certains associaient un toucher rectal, voire une échographie transrectale au dosage du PSA, d'autres ont même changé de technique en cours d'étude. En outre, l'intervalle de dosage du PSA était de 4 ans le plus souvent, mais parfois de 2 à 7 ans.

Les résultats anatomopathologiques étaient rendus par les équipes locales mais les procédures étaient standardisées et coordonnées par un comité d'anatomopathologie international.

Enfin, les traitements en cas de cancer avéré étaient réalisés conformément aux directives et recommandations locales donc différentes d'un pays à l'autre.

Les deux groupes ont été suivis de façon identique durant l'étude. Chaque centre reportait les données concernant les inclusions, les dépistages et les décès deux fois par an sur une base de données centrale.

Les causes de décès ont été étudiées de façon anonyme dans chaque centre par des comités indépendants et classées en quatre catégories : cancer prostatique certain, causes liées au dépistage, probable cancer de la prostate ou autre cause. Un comité international coordonnait le travail d'analyse des causes de décès. Pour l'analyse des résultats, l'étude ERSPC a regroupé les trois premières catégories versus celle comprenant les autres causes de décès.

Résultats de l'étude.

L'étude a été réalisée sur les 162 387 patients âgés de 55 à 69 ans répartis comme suit : 72 952 dans le groupe dépistage et 89 435 dans le groupe contrôle. 144 patients étant décédés entre l'inclusion et la randomisation, les résultats portent sur au total 162 243 patients.

Dans le groupe dépistage, 82.2% des hommes ont été dépistés au moins une fois. L'observance était meilleure lorsque le consentement avait été obtenu avant la randomisation. En moyenne 2.1 PSA ont été réalisés par patient. 16.2% des dosages étaient positifs. 85.8% des patients ayant un PSA élevé ont accepté de faire des biopsies de prostate. 75.9% des biopsies réalisées devant un PSA élevé n'ont pas retrouvé de cancer, ce qui correspondait à un nombre élevé de faux-positifs.

Durant le suivi de 9 ans, le taux d'incidence cumulée du cancer de la prostate a été de 8.2% dans le groupe dépistage versus 4.8% dans le groupe contrôle. 214 décès dus au cancer de la prostate ont été dénombrés dans le groupe dépistage versus 326 dans le groupe contrôle.

Le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA permettait d'éviter 0.71 décès par cancer de la prostate pour 1000 hommes après un suivi de 9 ans, ce qui correspondait à une réduction de 20% du taux de mortalité par cancer de la prostate uniquement chez les hommes de 55 à 69 ans. En d'autres termes, pour éviter un décès par cancer de la prostate, il faudrait dépister 1410 hommes et en traiter 48. Le taux de mortalité toutes autres causes confondues, lui, n'était pas modifié par ce dépistage.

Discussion des auteurs.

Le nombre de patients à dépister pour éviter un décès était de 1410, du même ordre de grandeur que pour les dépistages du cancer du sein ou du cancer colorectal selon les études déjà réalisées. En revanche, 48 patients devaient être traités, ce qui était élevé.

Le taux de sur-diagnostic de cancers de la prostate était estimé à 50% dans le groupe dépistage. Les problèmes de sur-diagnostic et de sur-traitement ont été les effets indésirables les plus importants dans le dépistage du cancer de la prostate et bien plus fréquents que pour les dépistages des cancers du sein, du col utérin ou du cancer colorectal.

Les auteurs concluaient que l'éventuelle introduction d'un dépistage de masse devrait tenir compte de la population concernée, du sur-diagnostic, du sur-traitement, de la qualité de vie des hommes, du coût et du rapport coût/efficacité. Selon eux, d'autres études seraient nécessaires pour déterminer l'intervalle optimal de dépistage, en tenant compte de la valeur du PSA lors du premier dosage et des résultats antérieurs négatifs des biopsies prostatiques.

L'étude américaine PLCO.

Méthode de l'étude.

L'étude PLCO (8) est une étude américaine multicentrique randomisée de supériorité, réalisée entre 1993 et 2001, et dont l'objectif principal était d'étudier l'effet du dépistage annuel du cancer de la prostate par le dosage du PSA et le toucher rectal sur la mortalité par cancer de la prostate.

Entre 1993 et 2001, dix centres d'études ont inclus des hommes et des femmes âgés de 55 à 74 ans ayant signé un consentement éclairé pour participer à cette étude sur quatre cancers différents. Les sujets étaient exclus en cas d'antécédents personnels de cancer prostatique, pulmonaire, colorectal ou ovarien, s'ils étaient en cours de traitement anticancéreux, ou, à partir de 1995, s'ils avaient eu plus d'un dosage de PSA dans les 3 ans précédant l'inclusion.

La taille de l'échantillon (37 000 patients par bras) a été prévue pour mettre en évidence une réduction de 20% de la mortalité du cancer de la prostate sous l'hypothèse d'une observance de 90% et d'une contamination de 20% dans le groupe contrôle.

Au total 76 693 hommes ont été inclus dans l'étude concernant le cancer de la prostate. Les sujets participant à l'étude étaient divisés en 2 groupes randomisés et stratifiés. Les 38 350 hommes du groupe contrôle ne bénéficiaient pas de dépistage standardisé. Dans le groupe dépistage, les 38 343 sujets bénéficiaient d'un dosage de PSA par an durant 6 ans, et d'un toucher rectal annuel durant 4 ans. Le dosage était effectué dans un seul laboratoire et le seuil de positivité était de 4 ng/ml. Le toucher rectal pouvait être effectué par un médecin, une infirmière qualifiée ou un assistant médical. En cas de dosage anormal ou de toucher rectal douteux, la suite de la prise en charge était décidée par le patient et son médecin généraliste. Il faut noter que les patients du groupe contrôle pouvaient bénéficier d'un dépistage dans le cadre de leur suivi habituel : il s'agissait donc de contamination.

Tous les diagnostics de cancers et toutes les causes de décès durant l'étude ont été recensés à l'aide de questionnaires annuels envoyés aux sujets et de l'examen des certificats de décès par des experts indépendants. La durée de l'étude a été allongée de

10 à 13 ans car les premiers résultats ne montraient pas de différence significative de mortalité par cancer prostatique entre les deux groupes.

Résultats de l'étude

La durée médiane de suivi a été de 11.5 ans dans les deux groupes. Dans le groupe dépistage, la compliance a été de 85% pour le dosage du PSA et de 86 % pour le toucher rectal. 98% des patients étaient encore suivis à 7 ans, et 67% à 10 ans. A 7 ans puis à 10 ans, le taux de diagnostic de cancer a été significativement plus important dans le groupe dépistage par rapport au groupe contrôle. Les stades au diagnostic n'étaient pas différents dans les deux groupes.

Le nombre de décès par cancer de la prostate n'a pas été statistiquement différent dans les deux groupes ni à 7 ans, ni à 10 ans, ni à 13 ans. L'analyse en sous- groupes n'a pas été plus probante. La mortalité toutes causes confondues (sauf cancers prostatique, pulmonaire, colorectal ou ovarien) n'a également pas été différente dans les deux groupes.

Discussion des auteurs

Le taux de contamination dans le groupe contrôle a été plus élevé que ce qui était prévu dans l'étude. 40% des patients du groupe témoins ont eu un dosage de PSA la première année pour atteindre 52% la sixième année. De même, 41% des patients ont bénéficié d'un toucher rectal la première année et 46% la sixième année. Selon les auteurs, cette contamination n'était pas suffisante pour avoir un rôle dans les résultats.

Les auteurs remettaient en question le seuil de 4 ng/ml du PSA. Selon eux, baisser ce seuil à 3 ng/ml aurait permis de détecter plus de cancers curables car diagnostiqués précocement.

Par ailleurs, les effets indésirables ont été notifiés, notamment les complications durant la procédure de diagnostic, estimées à 68/10 000 tests positifs. Elles comprenaient les infections, les hémorragies, les caillots des voies urinaires et les difficultés mictionnelles. Les complications liées aux traitements étaient plus sérieuses et regroupaient notamment les infections, l'incontinence urinaire, l'impuissance. Aucun chiffre n'a été établi mais les auteurs insistaient sur l'importance des complications sur la qualité de vie des patients et notamment dans les cas de sur-diagnostics.

Les conclusions de l'étude étaient en accord avec les recommandations de la US Preventive Services Task Force à savoir que le dépistage n'est pas à recommander devant l'absence de bénéfice prouvé sur la mortalité. Les auteurs suggéraient par ailleurs la mise en place d'études de qualité de vie.

Méta-analyse d'Ilic et al.

Une méta-analyse publiée en 2013 rapporte une diminution non significative de la mortalité chez les patients ayant bénéficié d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA. (9) Les recherches ont été menées dans différentes bases de données électroniques et ont été complétées par une recherche manuelle afin d'identifier les essais publiés. Cette étude porte sur cinq essais contrôlés randomisés incluant 341 342 participants âgés de 45 à 80 ans et suivis entre 7 et 20 ans. Les études ERSPC et PLCO ont été considérées comme à faible risque de biais, tandis que les trois autres études

étaient évaluées à haut risque de biais. Les inconvénients, associés au dépistage basé sur le dosage du PSA sérique et aux éventuelles investigations consécutives, sont fréquents mais modérés en sévérité. Les auteurs évoquent dans leurs conclusions le sur-diagnostic et le sur-traitement, phénomènes fréquents et associés aux inconvénients liés aux traitements. De ce fait, ils jugent nécessaire l'information des hommes à ce sujet en amont de la décision de dépister le cancer de la prostate.

Recommandations des principales sociétés savantes françaises depuis la publication de ces deux grandes études.

En juin 2010, la HAS (10) recommande de ne pas dépister le cancer de la prostate dans la population générale. A l'issue de l'analyse critique des études ERSPC et PLCO au vu des travaux récents parus en France, la HAS :

- considère qu'aucun élément scientifique nouveau n'est de nature à justifier la réévaluation de l'opportunité de la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA,
- rappelle, dans ces conditions, les recommandations publiées par l'ANAES en 1999 et 2004 considérant que les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage de masse du cancer de la prostate par dosage du PSA,
- insiste enfin sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuelle du cancer de la prostate et rappelle l'existence d'un guide d'information publié par l'ANAES en 2004 dont la mise à jour devra être réalisée conformément aux recommandations de la HAS

sur l'élaboration de l'information à destination des patients et en fonction des données acquises de la science, par la HAS en collaboration avec L'INCa.

La SFMG en 2011

En 2011, la SFMG rappelle les recommandations de la HAS à ne pas dépister (11).

Le CNGE en septembre 2011

Le CNGE (12) considère que les résultats d'une méta-analyse récente ont démontré que le dépistage de masse augmentait sensiblement le nombre de cancers dépistés, ceci sans modifier la mortalité globale, ni la mortalité liée à ce cancer. Ces résultats vont dans le sens des recommandations actuelles qui préconisent de ne pas proposer le dépistage systématique. Certaines questions restent néanmoins en suspens :

- l'impact du dépistage et des traitements sur la qualité de vie des patients,
- l'effet à long terme du dépistage systématique sur la mortalité.

Au total, l'absence de bénéfice sur la mortalité à court et moyen terme est confirmée. Il n'existe aucun argument pour recommander un dépistage systématique du cancer de la prostate par le toucher rectal et/ou le dosage du PSA. En dehors des situations particulières de patient à « haut risque » ou de demande individuelle de patients bien informés au préalable, le conseil scientifique du CNGE recommande aux médecins généralistes de ne pas pratiquer de dépistage systématique.

Comme elle l'avait conclu pour la population générale en 2010, la HAS (4) considère en

avril 2012 qu'il n'existe toujours aucune preuve de l'intérêt du dépistage organisé du cancer de la prostate par dosage du PSA chez les hommes sans symptôme considérés comme à plus « haut risque » (c'est à dire : antécédents familiaux de ce type de cancer chez des parents du premier degré, origine africaine, exposition à certains agents chimiques)

Le Collège de la Médecine Générale

En 2012, le Collège de la Médecine Générale appuie la publication de la HAS qui renforce les conclusions qu'il avait émises dans un communiqué du 1^{er} février 2011 : le Collège de Médecine Générale rappelait « que le dépistage du cancer de la prostate aboutit à de nombreux sur-diagnosics, c'est à dire à considérer comme malades des hommes qui n'ont pas et ne développeront pas de cancer. » Il précisait que « la synthèse des nombreuses études disponibles ne permet pas d'affirmer que ce dépistage épargne des décès par cancer de la prostate, ni même augmente l'espérance de vie des patients et rappelait que l'un des fondements de l'activité médicale est de ne pas nuire : « primum non nocere ». Le Collège invitait alors les médecins généralistes à « informer clairement les hommes de plus de 50 ans à la fois sur les avantages espérés et les inconvénients potentiels du toucher rectal et du dosage des PSA dans le sang. » (13)

L'AFU

L'AFU a publié en mars 2012 un communiqué de presse (en annexe 2) rappelant ses recommandations en matière de dépistage et de prise en charge du cancer de la prostate. Un éditorial résumant ce communiqué est présenté ci-après.

Editorial du 19/04/2012 : Dépistage du cancer de la prostate : La position de l'AFU en 2012

A la suite du récent rapport d'orientation de la Haute Autorité de santé (HAS) sur le dépistage du cancer de la prostate, l'AFU souligne qu'elle n'est pas en opposition avec la HAS, mais elle tient à apporter des éclairages complémentaires.

Synthèse de la position de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

Du fait d'une sur-incidence et d'une surmortalité par cancer de la prostate aux Antilles par rapport aux autres régions françaises, la Direction Générale de la Santé (DGS) a demandé à la HAS un rapport d'orientation sur les facteurs de risque du cancer de la prostate et sur la pertinence de la mise en place d'un dépistage systématique organisé auprès d'une population d'hommes considérés comme à haut risque.

La HAS a reconnu l'**existence de facteurs de risque** de survenue plus fréquente et parfois plus précoce du cancer de la prostate (facteurs génétiques et environnementaux : antécédents familiaux de ce cancer chez des parents de 1er degré (père ou frère), origine africaine, exposition à certains agents chimiques), mais elle a considéré qu'il était difficile de repérer à l'échelle populationnelle des groupes d'hommes à risque et d'établir des niveaux de risque. La HAS a souligné par ailleurs qu'il n'existait pas d'études dans cette population d'hommes à risque qui permettrait de démontrer ou non l'efficacité d'un **dépistage de masse** en termes de baisse de la mortalité. Enfin, elle a rappelé, dans la balance bénéfice/risque, le **risque de sur-diagnostic et de sur-traitement**, retrouvé dans les études de dépistage organisé de masse d'une population générale.

Dans ces conditions, la HAS, dans son communiqué de presse du 4 avril 2012, a conclu à l'absence d'intérêt démontré actuel, à l'échelle populationnelle, de la mise en oeuvre d'une telle politique. Néanmoins, elle a insisté, dans le cadre d'un **dépistage individuel**, sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation de ce dépistage du cancer de la prostate, afin que chaque homme puisse choisir de se faire dépister ou non, en connaissance de cause.

La HAS a aussi souligné l'intérêt de la recherche de **nouveaux marqueurs** permettant de distinguer les formes agressives du cancer de la prostate (nécessitant un diagnostic précoce et un traitement actif qui aura un impact sur la vie des patients) des formes de plus lente évolution. Enfin, la HAS a considéré que la situation aux Antilles, caractérisée par une sur incidence et une sur mortalité par cancer de la prostate, nécessite de poursuivre les études en cours et de mettre en place de nouvelles études.

Les éclairages de l'AFU

Les **facteurs de risque** de survenue plus fréquente, et parfois plus précoce, du cancer de la prostate (facteurs génétiques et environnementaux) **sont connus et doivent être recherchés**.

L'ERSPC a confirmé la **réduction de mortalité de 21% en cas de dépistage systématique** du cancer de la prostate par le PSA par rapport l'absence de dépistage, chez des hommes européens âgés de 55 à 69 ans, suivis pendant au moins 11 années. Cette baisse de mortalité atteint **29%** pour les hommes ayant effectivement réalisé le dépistage. Cette analyse, après 2 années de suivi supplémentaires, confirme que **le dépistage par PSA diminue de façon importante la mortalité par cancer de la prostate**.

L'absence actuelle de l'intérêt démontré de la mise en oeuvre d'une politique de dépistage systématique à une échelle populationnelle, – que ce soit pour la population générale ou pour une population d'hommes présentant des facteurs de risque - ne dispense pas d'une **démarche de dépistage individuel (appelée aussi démarche de diagnostic précoce)**, seule à même de permettre de diagnostiquer à temps les formes agressives qui nécessitent un traitement actif avec un impact sur la vie des patients.

Cette démarche repose sur :

- une information des hommes pour parvenir à une décision éclairée ;
- la recherche, par l'interrogatoire des hommes en consultation, de l'existence ou non facteurs de risque ;
- l'examen clinique de la prostate par un toucher rectal ;
- le dosage sanguin du PSA, à proposer de façon plus précoce chez un homme présentant des facteurs de risque ;
- la réalisation de biopsies prostatiques lorsqu'elles sont indiquées.

La politique actuelle de l'AFU a pour objectif :

- d'une part de ne pas sous-traiter la population d'hommes porteurs d'un cancer de la prostate agressif, et donc de les diagnostiquer précocement pour un traitement offrant les plus grandes chances de guérison ;
- et d'autre part d'éviter le sur diagnostic et le sur traitement des formes à évolution plus lente.

Pour cette politique l'AFU développe et participe à la recherche scientifique, elle évalue les pratiques, elle met en place des programmes de formation, elle participe à des groupes de travail avec l'Institut National du Cancer (INCa) et la HAS.

Dr Patrick Coloby, Président de l'AFU



Matériel et méthodes

1. Le choix de la méthode

Notre souhait était de faire ressortir des thèmes, des idées issues des pratiques quotidiennes des médecins, ce qui implique le choix de la méthode qualitative (14) Comme précisé dans l'étude de MUKAMURERA (15) : « la visée de l'analyse qualitative est de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes ». L'étude qualitative était donc la plus à même de répondre à nos objectifs.

Il existe 4 grands types de méthodes en recherche qualitative : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien.

En ce qui concerne les entretiens, il est important de préciser qu'il en existe différents types :

- individuel d'une part : libre (ou compréhensif), semi-directif (ou semi-structuré) directif (structuré),
- collectif d'autre part : entretien de groupe ou focus groupe.

L'entretien libre se réalise lorsque peu de données sont à disposition concernant le sujet, ce qui n'est pas le cas pour notre étude. L'entretien directif nous paraissait trop structuré pour recueillir un ressenti des praticiens. Les entretiens type focus groupe nous semblaient difficiles de réalisation en raison des différents emplois du temps mais aussi par le fait que ces derniers praticiens seraient confrontés au jugement de leurs pairs. Les mécanismes de défense et de résistance qui se mettraient en place pendant l'entretien pourraient effectivement nuire à la validité de l'étude. Le choix du recueil de données s'est arrêté sur les entretiens semi dirigés car nous voulions que les personnes interrogées confient leur opinion personnelle sur le sujet, s'expriment facilement et ne se sentent pas influencées (16).

L'entretien semi-directif est une technique qualitative de recueil d'information centrée sur le discours des personnes interrogées autour de grands axes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Cet outil doit être flexible puisque c'est une « démarche qui soumet le questionnement à la rencontre au lieu de le fixer d'avance ». La rencontre est un parcours au cours duquel le chercheur dresse la carte au fur et à mesure afin de faire parler librement l'interviewé. Le guide d'entretien doit donc être modulable en fonction du déroulement de la rencontre. Les questions qu'il comprend ne doivent pas être orientées, ce qui constituerait un biais majeur à l'étude.

Un petit nombre de personnes interrogées suffit s'il est bien exploité. La recherche qualitative ne recherche pas une significativité statistique mais à mettre en avant une problématique partagée par les personnes interrogées. En effet, l'hypothèse implicite réside dans le fait qu'« un individu peut condenser une grande partie du sens d'un phénomène social ». Les informations qui ressortent des entretiens doivent être validées par le contexte et non par une probabilité d'occurrence (17). L'écoute de l'enquêteur se doit d'être empathique et bienveillante pour permettre à l'interrogé de livrer pleinement sa vérité. Cette méthode est donc tout à fait pertinente dès lors que l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques.

2. Les entretiens semi-dirigés

a. L'échantillonnage

L'échantillon de cette étude est composé de médecins généralistes exclusivement lorrains, sélectionnés volontairement pour « permettre la diversification des données, c'est-à-dire capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude »

(16). Nous avons donc essayé de garder une certaine hétérogénéité dans le choix des participants (en termes de sexe, d'âge, de zone d'installation ou de mode d'exercice) pour que notre échantillon soit le plus varié possible.

b. Le déroulement

Le recrutement de l'échantillon s'est fait par téléphone à partir des numéros retrouvés dans les pages jaunes. Les médecins ont été sollicités pour obtenir une rencontre dans le cadre d'un travail de thèse. Le sujet de la thèse n'était pas énoncé précisément, nous leur disions que l'étude portait sur le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA. Tous les praticiens appelés ont répondu favorablement à notre demande.

Les entretiens se sont déroulés de novembre 2014 à mars 2015. Ils ont tous été enregistrés avec un enregistreur numérique au cabinet même du médecin généraliste pour assurer un maximum de proximité, une concentration des interlocuteurs plus importante que par téléphone, et également pour ne pas trop perturber l'organisation de ces médecins et ainsi permettre une meilleure adhésion. Nous avons fait signer un consentement aux médecins (annexe 3) dans ils acceptent de répondre au questionnaire et que ses réponses soient enregistrées puis utilisées de manière anonyme en vue d'une analyse globale.

c. Recueil et analyse des données

Le recueil de données s'est fait par l'intermédiaire d'un guide d'entretien (annexe 4). Celui-ci a été réalisé avec des questions ouvertes regroupant les différents thèmes de

l'étude. Seulement six questions ont été conservées pour permettre un dialogue fluide, neutre et aussi libre que possible :

- Que faites vous en général devant une demande de dépistage de cancer de la prostate ?
- Quelle est votre démarche en ce qui concerne ce dépistage ?
- Quels éléments influencent ou ont influencé cette démarche ?
- Quelles informations donnez vous aux patients en ce qui concerne le dosage du PSA ?
- Comment a évolué votre pratique en fonction des dernières recommandations et quels éléments ont motivé ces changements ?
- Le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA vous donne-t-il l'opportunité de discuter de sa prise en charge avec le patient ?

Une fois rendus anonymes, la retranscription des entretiens s'est faite mot à mot, en précisant les attitudes non verbales, à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. L'analyse des données a consisté en un travail d'encodage, qui a permis de faire apparaître les idées développées au cours des différents entretiens. Nous avons réalisé un premier niveau de codage dit codage ouvert où les idées développées sont regroupées sous forme de codes avec leur définition et un exemple de verbatim (annexes 5 et 6). Puis un deuxième niveau de codage, dit codage axial, a été effectué afin de regrouper les différents codes en thèmes et sous-thèmes. L'analyse a été réalisée pour partie par le thésard et par la directrice du travail, de façon indépendante, puis les analyses ont été mises en perspectives, permettant une objectivité de l'enquêteur acceptable (18). Une fois la saturation des données atteinte, et vérifiée par l'ajout d'une ou deux rencontres supplémentaires, les entretiens se sont arrêtés.

RESULTATS

1. L'échantillon

15 médecins ont été interrogés. La population était composée de quatre femmes et de onze hommes. Sept médecins avaient moins de 55 ans (dont deux installés depuis moins de deux ans), et huit médecins avaient plus de 55 ans.

Les modes d'exercice étaient répartis comme suit : cinq médecins exerçaient de façon isolée, dix en cabinet de groupe. Sur ces 15 médecins, trois exerçaient en secteur rural et trois autres en secteur semi-rural. Neuf médecins exerçaient en zone urbaine.

Six médecins avaient des antécédents personnels ou familiaux de Cancer de la prostate.

La moitié des médecins interrogés étaient membres de sociétés de formation médicale continue. Aucun praticien de l'échantillon n'avait participé récemment à une formation sur le dépistage du Cancer de la prostate.

La durée des entretiens s'étendait de cinq minutes et huit secondes à 11 minutes et 31 secondes. La durée moyenne d'un entretien était de sept minutes et 20 secondes.

Numéro	Age	Sexe	Année d'installation	Année de thèse	Mode d'exercice	Lieu d'exercice
1	55	M	1991	1988	Seul	Urbain
2	55	M	1987	1985	Seul	Urbain
3	50	F	2000	1992	Groupe	Urbain
4	56	M	1993	1993	Groupe	Urbain
5	54	M	1992	1992	Groupe	Urbain
6	60	M	1984	1983	Groupe	Semi-rural
7	53	M	1990	1988	Groupe	Rural
8	56	M	1993	1986	Seul	Urbain
9	49	F	1996	1995	Groupe	Rural
10	50	M	1999	1994	Seul	Rural
11	67	M	1977	1976	Groupe	Semi-rural
12	57	M	1990	1989	Groupe	Semi-rural
13	30	F	2014	2012	Groupe	Urbain
14	56	M	1985	1984	Seul	Urbain
15	36	F	2014	2011	Groupe	Urbain

Tableau 1 : Description de la population étudiée

Numéro	Abonnement à des revues	Membre de sociétés savantes/FMC	Participation récente à une formation au dépistage du Cancer de la prostate	Antécédents personnels ou familiaux de Cancer de la prostate	Durée de l'entretien
1	Prescrire	AMMPPU 54	Non	Non	6min 25s
2	Prescrire	Lorformec, GLAM	Non	Non	7min 09s
3	Prescrire	Non	Non	Non	10min 29s
4	Prescrire	AMMPPU 54	Non	Non	7min 29s
5	Non	AMMPPU 54	Non	Oui	5min 09s
6	Non	AMMPPU 54	Non	Oui	4min 42s
7	Prescrire, Exercer		Non	Oui	8min 08s
8	Non	CNGE, MGForm	Non	Oui	5min 08s
9	Non	Non	Non	Non	6min 01s
10	Non	Non	Non	Non	11min 31s
11	Non	Non	Non	Oui	6min 16s
12	Prescrire	Non	Non	Non	6min 16s
13	Non	Non	Non	Oui	7min 45s
14	Non	AMMPPU 54	Non	Non	10min 22s
15	Prescrire	Non	Non	Non	7min 10s

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins interrogés

2. Les données des entretiens

Le codage des entretiens a permis de faire ressortir 10 thèmes principaux présentés sous forme de tableaux, avec leur verbatim correspondant.

a. Age auquel le dépistage par PSA est prescrit

CODES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CITATIONS
Age 50 ans	Age qui détermine le début du dépistage	21
Dépistage avant 50 ans	Prescription du PSA avant 50 ans en cas de facteurs de risque de Cancer de la prostate	9
Age supérieur limite de prescription du PSA	Age à partir duquel le PSA n'est plus prescrit	7
Prescription du PSA après 75 ans	Le médecin prescrit le PSA après 75 ans dans certains cas	2
Non prescription du PSA après 75 ans	Le médecin ne prescrit pas le PSA après 75 ans s'il existe des comorbidités	1

Pour l'ensemble des médecins qui pratiquent le dépistage, c'est l'âge de 50 ans qui détermine le début de ce dépistage : *« après 50 ans, j'accepte, c'est quasiment systématique »* (E1 L30), *« je suis encore assez partisan du dosage du PSA chez les personnes de plus de 50 ans »* (E4 L42-43), *« au dessus de 50 ans, ils ont un PSA »* (E12 L46).

Dans le cas où des facteurs de risque de Cancer de la prostate sont présents, 9 médecins demandent le PSA avant 50 ans : *« D'accord. Et avant 50 ans c'est plutôt s'il y a des facteurs de risques, surtout antécédents familiaux ? S'il y a des facteurs de risques, des antécédents familiaux et des signes cliniques »* (E10 L38 à 41), *« je peux être amenée à le faire plus tôt quand il y a des facteurs de risque familiaux. D'accord. Des antécédents chez le père ou... Peut être avant 50 ans ? Grands-parents, oui avant 50 ans »* (E15 L53 à 58).

L'âge limite de prescription du dépistage est très variable et praticien-dépendant. Il varie de 70 ans à l'infini, et dépend également de l'état général et des comorbidités du patient : *« si quelqu'un effectivement, une personne âgée entre 50 et 70 ans me demande un examen de dépistage, me dit dans le genre ah docteur, ça fait longtemps qu'on n'a pas fait un examen de dépistage, je lui ferai »* (E4 L19 à 22), *« et il y a une limite ? Non »* (E9 L54-55), *« si le patient est en bon état, s'il est en bonne santé, il est valide, euh, il a, comment dire, il a pas trop d'antécédents en tout cas il n'y a pas de comorbidités importantes je peux le faire même au-delà de 75 ans, j'ai des patients de 80 ans qui ont un très bon état général ils vont tout bien »* (E15 L45 à 49). A l'inverse, certains médecins stoppent le dépistage quel que soit l'état physiologique du patient : *« quand je vois que j'ai un remplaçant qui prescrit du PSA à des patients de 78 ans avec des facteurs de risque cardiovasculaires, je ne suis pas content »* (E7 L31 à 33).

Les médecins qui pratiquent le dépistage le prescrivent à partir de 50 ans. Une majorité accepte de le prescrire avant 50 ans si le patient présente des facteurs de risque de Cancer de la prostate. L'âge limite de prescription du PSA reste très variable et dépendant de chaque médecin.

b. Clinique associée à la prescription du PSA

CODES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CITATIONS	NOMBRE TOTAL DE CITATIONS
Part de la clinique dans le dépistage	Réalisation du TR	11	22
	Pas ou peu de réalisation du TR	11	
Défiance vis à vis du TR	Impression que le TR n'est pas fiable	5	9
	Impression que le médecin n'est pas compétent dans la clinique du TR	4	
Fréquence de réalisation du TR	Fréquence à laquelle le médecin renouvelle le geste		2
Difficulté de réalisation du TR par le médecin	La réalisation du TR est compliquée pour le médecin		3

Sur le plan clinique, seuls les médecins 3, 4, 5, 6, 9 et 14 réalisent le toucher rectal de manière systématique dans le cadre du dépistage : « *vous pratiquez le TR à chaque fois ? Ah oui oui, sans problème* » (E5 L11-12), « *il faut faire un TR avant toute chose* » (E9 L5-6), « *pour moi le dépistage ça va être d'abord le toucher rectal* » (E14 L47-48). Les autres médecins ne réalisent pas ou très peu de toucher rectal : « *Quelle est la place de la clinique? Chez moi très modeste* » (E1 L13-14), « *j'envoie à l'uro pour faire le TR, je le fais pas moi même* » (E11 L38), « *euh je ne fais pas de toucher rectal* » (E15 L17).

Il existe une défiance vis-à-vis du toucher rectal; les médecins 1, 8 et 11 estiment ne pas être assez compétent dans la clinique du toucher rectal : « *je ne me fierai pas à mon toucher rectal* » (E1 L14), « *: je les fais pas moi même, pas encore, j'aurais vraiment trop peur ou d'être dans le doute et à ce moment-là j'envoie à l'urologue mais j'ai fait un TR pour rien ou alors heu de dire y a rien simplement parce que je n'ai pas l'expérience suffisante et je passe à côté quoi* » (E11 L33 à 36), les médecins 6 et 12 pensent que le TR n'est pas un examen fiable : « *parce que ce n'est pas vraiment toujours contributif* » (E12 L11). A noter que le médecin 8 effectue le toucher rectal dans le cadre du dépistage mais

émet des doutes sur sa fiabilité : *« en sachant que j'ai déjà vu des carcinomes métastatiques avec un TR normal »* (E4 L30-31).

La fréquence de réalisation du toucher rectal varie d'un médecin à l'autre : *« le toucher rectal, ben c'est déjà en fonction de ce que j'avais eu au premier toucher rectal, hein, si la prostate était souple, était un peu indurée, ou je sais pas quoi, et puis autrement je fais quasiment le toucher rectal tous les 18 mois ou deux ans »* (E5 L16 à 20).

Les médecins 3 et 15, deux femmes, éprouvent des difficultés à effectuer le toucher rectal : *« comme je le dis souvent, moi le TR, bon ben, c'est pas facile de le faire »* (E3 L100-101).

Une petite moitié des médecins interrogés pratique le toucher rectal de manière systématique au cours du dépistage. Pour un tiers de médecins, il existe une défiance vis à vis du toucher rectal, certains ont l'impression que ce geste n'est pas fiable, d'autres estiment ne pas être assez compétents dans la réalisation de ce geste. Il est à noter que deux médecins femmes éprouvent des difficultés particulières à réaliser le toucher rectal.

c. Gestion des facteurs de risque de cancer de la prostate par le médecin

CODES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CITATIONS	NOMBRE TOTAL DE CITATIONS
Prise en compte des facteurs de risque de Cancer de la prostate dans le dépistage	Le médecin prescrit d'autant plus le PSA	12	17
	Le médecin ne prescrit pas plus le PSA chez ces patients	5	
Définitions des facteurs de risque de Cancer de la prostate par le médecin	Les facteurs de risque de Cancer de la prostate ne sont pas réellement définis		5

La majorité des médecins interrogés prend en compte les facteurs de risque de Cancer de la prostate dans le dépistage : « *on essaie de situer un petit peu le contexte, c'est-à-dire notamment au niveau des antécédents familiaux* » (E11 L8-9), « *après à voir aussi avec les antécédents familiaux s'il y a des antécédents de cancer de prostate dans la famille, ce genre de choses* » (E13 L6 à 8). Seuls les médecins 2, 4, 7 et 8 ne les prennent pas en compte : « *Pour les patients qui ont des facteurs de risques vous avez une prise en charge particulière ? Vous le faites plus tôt, vous faites le PSA ou vous ne les prenez pas plus en compte que les autres ? Non pas plus en compte que les autres* » (E8 L70 à 73).

Deux médecins estiment que les facteurs de risque de Cancer de la prostate ne sont pas réellement définis, il faut noter que ces deux médecins ne réalisent pas le dépistage : « *faudrait déjà se mettre d'accord sur ce qu'on entend par facteurs de risque* » (E2 L85-86).

La très grande majorité des praticiens prend en compte les facteurs de risque de Cancer de la prostate dans le dépistage. Deux médecins estiment que ces facteurs de risque ne sont pas bien définis.

d. habitudes de prescription du PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate

CODES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CITATIONS	NOMBRE TOTAL DE CITATIONS
Prescription systématique du PSA	La prescription du PSA est systématique, il n'y a pas forcément de demande du patient ni d'explications données par le médecin		13
Prescription non systématique du PSA	La prescription du PSA n'est pas systématique et le médecin ne le propose pas forcément		5
Fréquence de prescription du PSA	La prescription est annuelle	9	15
	La fréquence de prescription est patient-dépendante	6	
Prescription du PSA dans le cadre d'un bilan de santé	Le PSA est inclus dans un bilan biologique complet		8
Prescription d'examen complémentaires avec le PSA	Des examens complémentaires (comme une échographie) sont prescrits avec le PSA		3
Refus de prescription du PSA	Le PSA n'est pas prescrit si le patient a moins de 50 ans		1
Stratégie de prise en charge si le PSA est élevé	Attitude du médecin en cas de résultat anormal		3
Prescription du PSA devant un tableau clinique infectieux	Le PSA est prescrit dans le cadre du diagnostic et du suivi d'une prostatite		3

Huit médecins effectuent un dépistage systématique par dosage du PSA, sans qu'il n'y ait obligatoirement de demande du patient ni d'explications données à ce dernier : « *ben moi en général à partir de 50 ans, quand les gens, enfin quand un homme vient à partir de cet âge là, que je lui fait un bilan biologique, j'intègre les PSA dans le bilan biologique, sans aucun, sans obligatoirement qu'il m'en parle d'ailleurs* » (E3 L18 à 21), « *voilà j'essaie d'être assez systématique* » (E11 L46), « *je lui fais un PSA systématiquement* » (E13 L5-6).

Trois médecins n'effectuent pas de prescription systématique du PSA dans le cadre du dépistage : *« finalement ce n'est pas une démarche systématique de votre part ? Si le patient ne vous le demande pas est-ce que vous le prescrivez ? Le PSA ? non, non non, je vais spontanément venir au PSA que si j'ai des signes fonctionnels urinaires ou des problèmes cliniques »* (E7 L40 à 44).

La fréquence de dosage du PSA est annuelle pour sept médecins. Pour les autres médecins, la fréquence de réalisation du dosage est variable, elle dépend de la valeur du dernier dosage, de la demande du patient, ou encore des facteurs de risque de Cancer de la prostate : *« oui le PSA je le fais de façon annuelle »* (E5 L16), *« Ben disons que en fonction des ... pas tous les ans, ça dépend du résultat, ça dépend du taux »* (E10 L36-37), *« et après c'est tous les ans ? En général oui »* (E12 L36-40).

Sept médecins incluent le dosage du PSA dans un bilan biologique complet, à l'occasion d'un bilan de santé à 50 ans pour certains : *« quand ils arrivent à 50 ans ils reçoivent la recherche de sang dans les selles par ADK, hein, donc je dis on va en profiter, on fait tout le bilan complet, donc on fait un bilan biologique complet, en fonction de leur activité sportive ou je sais pas quoi je les envoie éventuellement voir un cardiologue, hein »* (E5 L32 à 36), *« habituellement le PSA n'est pas seul. Ça rentre dans le cadre d'un bilan ... où il y a cholestérol, glycémie »* (E12 L115-115).

Les médecins 3, 6 et 10 demandent des examens complémentaires avec le dosage du PSA, une échographie dans chaque cas : *« je fais une échographie, je prescris l'échographie systématiquement »* (E10 L8-9).

Le médecin 4 prescrit le PSA dans un cadre infectieux pour le diagnostic et le suivi d'une prostatite : *« : là je peux le faire, ça peut m'aider, m'orienter, sur une prostatite, surtout après pour le suivi évolutif »* (E4 L13-14).

Une majorité de médecins effectue un dépistage systématique par dosage du PSA sans qu'il n'y ait obligatoirement une discussion avec le patient. La fréquence de réalisation du dosage est le plus souvent annuelle. La moitié des médecins incluent le dosage du PSA dans un bilan biologique complet, souvent à l'occasion d'un bilan de santé à 50 ans.

e. Perception du PSA et de ses conséquences par le médecin

CODES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CITATIONS
Confiance dans le PSA	Le médecin pense que ce test est fiable	5
Rapidité	Le dépistage par dosage du PSA est rapide pour le médecin	1
Utilité du PSA pour un suivi régulier du patient	Le PSA permet un suivi plus régulier du patient	1
Croyance des opinions des confrères sur le PSA	Le médecin pense suivre la même démarche que ses confrères	1
Perception de la biopsie de prostate par le médecin	Le médecin perçoit les biopsies de prostate comme un examen assez traumatisant	1
Inconvénients des biopsies de prostate	Le médecin estime que les biopsies de prostate peuvent entraîner des suites infectieuses	1

Les médecins 1, 3 et 12 pensent que le dosage du PSA est un test fiable : « *je me fie au PSA* » (E1 L16), « *le PSA c'est flagrant* » (E12 L24).

Le médecin 1 estime que le dosage du PSA est facile et rapide : « *PSA, c'est rapide* » (E1 L16).

Le médecin 14 trouve que la prescription du PSA permettait un suivi plus régulier du patient : « *ça avait quand même un côté positif c'est que certains hommes qui ne voyaient pas facilement le docteur avait une occasion de venir faire une demande et puis d'avoir un examen, un examen médical* » (E14 L64 à 67).

Le médecin 1 pense être en accord avec la pratique de ses confrères : « *Je suis assez pour, je pense que mes collègues aussi!* » (E1 L104).

Seul le médecin 1 a évoqué la biopsie de prostate et ses conséquences potentielles : « *Ce qui évite peut-être la biopsie avec les risques infectieux pour les gens* » (E1 L63-64), « *c'est assez traumatisant* » (E1 L66).

Un tiers des médecins précisent d'eux-mêmes que le dosage du PSA est un test fiable.

f. Entretien préalable à la prescription du PSA

CODES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CITATIONS	NOMBRE TOTAL DE CITATIONS
Accord sans discussion	Le dépistage est prescrit à la demande du patient sans véritable discussion ou explications		8
Demande d'accord	Le médecin demande au patient s'il est d'accord pour faire le dosage du PSA		1
Information de la prescription	Le médecin informe le patient qu'il lui prescrit un dosage de PSA		7
Absence de discussion	Le médecin n'informe pas ou peu le patient sur les conséquences du dosage		16
Justification de l'absence de discussion avec le patient	Manque de temps	2	7
	Le médecin pense que le patient ne pourra pas comprendre les explications	2	
	Le médecin pense que les explications vont faire peur au patient	3	
Accord après discussion si patient insistant	Le médecin prescrit le PSA après information si le patient est toujours demandeur		7
Interrogatoire préalable à la prescription du PSA	Le médecin demande au patient les raisons qui le poussent à demander un dosage de PSA		4

Informations données au patient avant prescription	Avant prescription, le médecin explique au patient les conséquences, avantages et inconvénients de ce dosage		26
Prise en compte des symptômes du patient	Le médecin demande au patient s'il a des symptômes urinaires		11
Comparaison à la prescription d'antibiotiques	Le médecin estime que l'éducation des patients dans le cadre du dépistage du Cancer de la prostate est comparable à celle concernant la prescription d'antibiotiques		1
Consignes données au patient avant réalisation de l'examen	Le médecin donne des consignes au patient pour que l'examen soit réalisé dans de bonnes conditions		2

La majorité des médecins interrogés acceptent de prescrire le dépistage à la demande du patient sans qu'il n'y ait de véritable discussion ou explications fournies à ce dernier : *« que faites-vous en général devant une demande de dépistage de cancer de la prostate une demande d'un patient ? Je fais un dosage PSA »* (E8 L1 à 3), *« De manière générale, que faites-vous devant une demande de dépistage de cancer de la prostate par rapport à un patient ? Je fais le PSA »* (E10 L1 à 3).

Le médecin 1 précise qu'il demande au patient s'il est d'accord pour réaliser le dosage du PSA : *« Et quand je fais un PSA, enfin je propose « je vous fais le PSA ? Oui, non ? »* (E1 L51 à 53).

Six médecins informent leur patient qu'ils demandent le PSA dans la prescription : *« quand je le prescris, je leur dis que dans le bilan sanguin, il y a les PSA »* (E3 L69-70), *« oui après je leur précise toujours dans la prise de sang complète que je leur ai mis le PSA »* (E13 L40-41).

Au moment de la prescription du PSA, 12 médecins n'informent pas leur patient des conséquences de la réalisation de ce dosage : *« je dis je fais le PSA et on en recausera*

après ! » (E1 L73), « je vais peut être pas lui en parler tout de suite, le jour ou je lui prescris le bilan sanguin » (E3 L95-96), « on en reparle souvent quand ils reviennent avec le résultat » (E5 L98-99), « est-ce que ça vous donne l'occasion quand vous faites ce dosage au moment de la prescription ou juste après de parler assez rapidement de la prise en charge ? Non pas là. D'accord. Non, après si ça revient anormal oui, mais pas là » (E11 L191 à 196). Il faut noter que parmi ces 12 médecins, deux ne prescrivent pas le PSA à titre systématique.

On retrouve essentiellement trois motifs évoqués par les médecins afin de justifier l'absence de discussion avec le patient avant la prescription du PSA. Les médecins 1 et 9 disent manquer de temps : *« Mais est ce que cette information, vous la donnez dès la prescription du PSA ou après, une fois qu'on a les résultats ? Ca dépend, c'est pas systématique, ça dépend de la demande, du temps que dure la consult, des fois t'es un peu à la bourre, alors... Rires » (E1 L70 à 74), « ça prendra encore 20 minutes en plus la consultation donc quoi... » (E9 L122).* Les médecins 7 et 9 estiment que le patient ne pourra pas comprendre les explications : *« c'est quand même un petit peu technique donc faire comprendre à des gens ce que c'est que le PSA c'est quand même pas... » (E9 L118 à 120),* il faut préciser que le médecin 7 ne prescrit pas le PSA de façon systématique. Les médecins 10 et 15 pensent que les explications vont faire peur au patient : *« je n'en dis pas plus parce que sinon c'est source de... c'est trop anxiogène, ça n'a aucun intérêt » (E15 L145-146).*

Parmi les médecins qui ne prescrivent pas de façon systématique le PSA, tous acceptent de prescrire le dosage au patient si celui-ci est toujours demandeur après avoir été informé des conséquences : *« après s'il est toujours demandeur, je fais ce qu'il veut » (E2 L7), « mais s'il est inquiet je lui dis qu'on peut toujours le faire mais après on ne sait pas si...*

mais après si les gens sont demandeurs, je veux dire, chacun fait ce qu'il veut quoi, donc après je ne vais pas dire non je ne veux pas hein » (E7 L86 à 89).

Les médecins 2, 3, 13 et 14 interrogent le patient sur ses motivations avant une éventuelle prescription du dosage : *« je lui demande pourquoi il veut un dépistage » (E2 L4), « je commence déjà par lui demander qu'est-ce qui l'inquiète, est-ce que c'est du pur dépistage ou est-ce que, euh, il a des symptômes qui l'inquiètent ? » (E14 L5 à 7).*

Les informations données au patient avant de prescrire le dépistage sont très variables et propres à chaque praticien : *« c'est pour ça que je dis quand il y a une demande de dépistage, j'essaie de lui expliquer à quoi sert le dépistage, ce qu'on peut en attendre » (E2 L44 à 46), « je leur explique que de toute façon, il n'y a aucun test actuellement qui est probant à 100%, ni le toucher rectal, ni le PSA, ni l'échographie, et que par conséquent, c'est un ensemble des 3 qui permet de savoir si oui ou non il y en a un, et donc le fait de n'en faire que un, c'est pas prudent, il faut aussi faire un toucher rectal, et aussi faire, de temps en temps, une échographie. C'est l'ensemble des trois qui permet d'avoir une meilleure assurance, mais jamais de conviction à 100% de toute façon » (E6 L44 à 51), « je leur dis que PSA augmenté ne veut pas dire systématiquement cancer euh s'ils me posent des questions » (E11 L180-181), « je lui explique euh, alors là je vais faire un petit cours, je lui explique effectivement que ça peut être augmenté en cas de prostatite aiguë ou de prostatite chronique en cas d'adénome de prostate et certes en cas de cancer alors même si c'est relativement sensible, ce n'est pas spécifique » (E15 L108 à 117).*

Le médecin 14 a comparé l'éducation du patient en matière de dépistage du Cancer de la prostate par dosage du PSA à la prescription d'antibiotique : *« c'est des situations, finalement c'est un peu comme pour les antibiotiques, euh au début on était dans des négociations incessantes, c'était, ça a été assez difficile, et puis, euh, ben là pour le PSA c'est pareil au tout début il a fallu faire pas mal de pédagogie, passer du temps à expliquer aux*

gens, mais là finalement ben nos patients ont compris nos explications et finalement on arrive à poursuivre dans un... finalement je suis rarement obligé de négocier » (E14 L87 à 94).

Quelques médecins ont évoqué les symptômes urinaires éventuels présentés par le patient lorsqu'il y a une demande de dépistage. Dans ce cas, il faut préciser que nous ne sommes plus au niveau du dépistage. Les médecins 2 et 7 ont d'ailleurs insisté sur ce point : *« ben je lui demande déjà ses symptômes » (E3L6), « quand on parle de dépistage c'est des gens, ce sont des gens qui sont totalement asymptomatiques donc qui n'ont aucun symptôme, aucun point d'appel » (E7 L61 à 63), « il y a l'interrogatoire : la pollakiurie, la dysurie, ... tous les signes du prostatisme » (E10 L5-6).*

Les médecins 5 et 11 ont évoqué les consignes à suivre afin que le dosage du PSA soit réalisé dans de bonnes conditions : *« je lui fais un TR et je lui dis de faire son PSA, euh, dans 1 mois » (E5 L5-6), « je leur dit c'est pour voir ah oui la façon bien entendu par rapport au fait qu'il y ait une abstinence sexuelle euh ça englobe tout » (E11 L171 à 173).*

La plupart des médecins interrogés acceptent de prescrire le dépistage à la demande du patient, mais ne leur donnent pas nécessairement d'explications quant aux avantages et inconvénients de ce dépistage. Moins de la moitié des médecins précisent informer leur patient de la prescription du dosage du PSA. Au moment de sa prescription, la majorité des médecins n'informent pas le patient des conséquences de sa réalisation. Il existe trois motifs principaux à cette absence d'informations : certains évoquent le manque de temps, d'autres estiment que le patient ne pourra pas comprendre les explications, et d'autres pensent que celles-ci vont faire peur au patient. Parmi les médecins qui ne prescrivent pas de manière systématique le PSA, tous acceptent de le prescrire si le patient est toujours demandeur après informations. Une fois qu'on leur a posé la question, la plupart des médecins disent donner des informations au patient avant la prescription du dépistage. Ces informations restent très variables et propres à chaque praticien.

g. Eléments influençant la prescription ou non du dosage du PSA

CODES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CITATIONS	NOMBRE TOTAL DE CITATIONS
Difficulté de refus de prescription	Le médecin a du mal à dire non à son patient		6
Sensibilisation du public	Le médecin pense que l'incitation du grand public pèse lourd dans la demande de dépistage		9
Crainte des conséquences d'un non dépistage	Le médecin a peur de passer à coté d'un Cancer de la prostate et de ses conséquences sans avoir réalisé le dépistage		11
Eléments motivant la prescription	Expérience professionnelle et/ou personnelle	19	22
	Formation initiale	3	
Comparaison avec le dépistage du cancer du sein	Le médecin établit un parallèle avec la mammographie		2
Opposition au dépistage	Le médecin est défavorable au dépistage par dosage du PSA		2

Les médecins 1, 9, 11 et 14 éprouvent parfois des difficultés à refuser à leur patient une demande de dépistage : « *c'est difficile de ne pas accepter* » (E1 L11), « *un PSA je n'arrive pas à lui refuser* » (E11 L13).

Six médecins pensent que les patients sont sensibilisés au dépistage du Cancer de la prostate, l'incitation du grand public jouerait un rôle important dans la demande de dépistage : « *c'est aussi la pression des médias, maintenant les gens sont au courant que le PSA est un facteur de recherche du cancer de la prostate* » (E4 L62), « *on a du mal d'expliquer que ben, c'est peut-être pas utile de faire un PSA et qu'on va déjà faire un toucher rectal et il y a une pression familiale, des amis, etc. ils sont encore sur les anciennes* »

notions comme quoi à partir de 50 ans, tous les ans, il faut faire un PSA parce que sinon on ne fait pas les choses correctement quoi » (E14 L34 à 39).

Les médecins 1, 3, 4, 9 et 11 évoquent leur crainte des conséquences d'une absence de dépistage : *« Certes les gens qui finalement, si on ne faisait pas ce dépistage, , bon j'aurais eu mes deux patients, euh, je les aurais sûrement découvert plus tard, bon voilà, surtout je pense au patient que je viens d'avoir là ; euh, je l'ai fait dans un dépistage, les PSA étaient élevés, bon voilà il avait pas de symptôme il ne ressentait rien, bon ben du coup il a été opéré, tout va bien, c'est tout, euh, cette personne là, je ne lui aurais pas fait , j'aurais attendu des symptômes, ou j'aurais attendu autre chose, ben, voilà, comment aurait été son cancer au moment du, au moment de la découverte de son cancer à ce moment là, il aurait pu être peut être plus avancé, peut être que, ça aurait été sûrement moins bien pour lui » (E3 L123 à 133), « allez dire après à quelqu'un chez qui vous découvrez un cancer de la prostate que vous n'avez jamais fait de dosage chez lui, il le prendra très mal » (E4 L65 à 67), « en sachant que maintenant quand on dit non si il y a un pépin ça va être tout pour nous hein la responsabilité » (E9 L108-109).*

Lorsque les médecins sont interrogés sur les éléments motivant leur pratique en ce qui concerne ce dépistage par dosage du PSA, la très grande majorité met en avant leur expérience professionnelle : *« je suis probablement influencé par un certain nombre d'expériences de PSA élevés ayant débouché sur des biopsies de prostate et sur rien! rires et il n'y en a pas une quoi! » (E2 L55 à 58), « j'ai eu quand même pas mal, bien 3 ou 4 cancers de la prostate entre 50 et 55 ans quand même » (E6 L27-28), « ben c'est ce que je vous ai dit, parce que moi j'ai dépisté des patients jeunes qui n'avaient aucun signe, aucun signe et pas de facteurs de risque » (E8 L82 à 84), « mes pratiques ont évolué, elles se sont tournées « entre guillemets » plus vers le PSA puisque, de manière factuelle les 5 derniers que j'ai dépistés c'est des hommes de moins de 50, euh un peu gênant quand même où il n'y avait*

rien du tout en dehors d'un PSA qui était élevé quoi » (E12 L123 à 128). Les médecins 13 et 15, 2 jeunes médecins, motivent leur pratique par leur formation initiale : « parce que c'est comme ça qu'on nous l'a appris, je dirais, surtout, après euh non, ouais, c'est plus euh parce que ouais parce que c'est comme ça qu'on nous a formé quoi en fait » (E13 L46 à 48).

Les médecins 3 et 7 comparent dépistage du Cancer de la prostate et dépistage du cancer du sein, tout en ayant des avis divergents : « *ben ça vous le savez vous, on le fait bien pour le cancer du sein, alors pourquoi pas pour le... rires* » (E3 L154 à 156), « *et actuellement c'est le problème de la mammographie. On est en train de se poser les mêmes questions avec la mammographie qu'avec le PSA et les études sont moins en faveur de l'intérêt de la mammographie* » (E7 L147 à 149).

Les médecins 2 et 7 sont plutôt défavorables au dépistage du Cancer de la prostate par dosage du PSA : « *donc en fait vous êtes plutôt opposé au dépistage? Oui, plutôt pas pour* » (E2 L25-26).

Quelques médecins disent avoir des difficultés à refuser à leur patient une demande de dépistage. Pour une petite moitié des praticiens, les patients sont sensibilisés et l'incitation du grand public jouerait un rôle important dans cette demande de dépistage. Certains médecins évoquent aussi leur crainte des conséquences d'une absence de dépistage. Lorsqu'ils sont interrogés sur les éléments motivant leur pratique de dépistage, la très grande majorité des médecins évoque leur expérience professionnelle. Deux médecins, les deux plus jeunes, évoquent leur formation initiale. Enfin, on met en évidence deux médecins clairement défavorables au dépistage du Cancer de la prostate par dosage du PSA.

h. Place des recommandations professionnelles dans la pratique

CODES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CITATIONS	NOMBRE TOTAL DE CITATIONS
Connaissance des recommandations de la HAS	Le médecin connaît les recommandations de la HAS	4	15
	Le médecin ne connaît pas les recommandations de la HAS	11	
Avis du médecin concernant les recommandations de la HAS	Le médecin émet un avis favorable aux recommandations de la HAS	2	7
	Le médecin émet un avis défavorable aux recommandations de la HAS	5	
Perplexité vis à vis de la HAS	Le médecin émet des doutes concernant la fiabilité des recommandations émises par la HAS		3
Perplexité vis à vis des recommandations de l'AFU	Le médecin émet des doutes concernant la fiabilité des recommandations émises par l'AFU		2

Sur les 15 médecins interrogés, seuls huit praticiens connaissaient les dernières recommandations de la HAS : « *je ne connais pas les dernières recommandations* » (E5 L53), « *il n'est pas recommandé de faire de dépistage* » (E7 L10), « *ben l'HAS je ne sais pas exactement ce qu'ils... rires* » (E8 L45), « *ouais, non je ne les connais, je ne sais pas* » (E13 L53), « *on nous a expliqué que ben finalement le la l'espérance des vies des hommes n'a pas progressé et euh avec ce dépistage de masse et que le dépistage de masse aurait plutôt tendance à engendrer des sur-traitements* » (E14 L115 à 118).

Certains médecins ont émis un avis sur ces recommandations de la HAS, cinq praticiens ont donné un avis défavorable et deux un avis favorable : « *globalement je suis plutôt de*

cet avis là » (E2 L71), « je ne vais pas les appliquer » (E4 L86), « oui je ne me base pas trop trop sur l'HAS » (E14 L97).

Les médecins 1, 4 et 5 restent perplexes vis à vis des recommandations de la HAS : « ça fait combien de temps qu'on bosse ? 28 ans ? Pendant 28 ans on nous dit qu'il faut le faire, pis tout d'un coup faut plus le faire ; je ne sais pas...ça leur prend tout d'un coup, ça n'a plus d'intérêt » (E1 98 à 101), « je préfère faire attention au patient et à ses demandes plutôt qu'aux recommandations des Hautes Autorités dans le domaine, parce que eux ne parlent à mon avis que d'un point de vue statistique, en général, global, alors peut être effectivement d'un point de vue statistique, le fait de découvrir un cancer métastaté sans PSA, ça leur pose pas de souci, mais moi pour l'expliquer au patient, ça me pose d'énormes problèmes » (E4 L123 à 139).

Le médecin 7 émet des doutes quant aux recommandations de l'AFU : « l'AFU il y a conflits d'intérêts et eux ils veulent du dépistage ils remplissent leurs salles d'attente de gens guéris et après qui sont incontinents, qui sont impuissants et après c'est des prises en charge de la iatrogénie des traitements et ils ont plein de gens guéris donc c'est des sauveurs. Donc l'AFU sûrement pas parce qu'ils sont toujours en... ils sont toujours à contre-courant des publications. Ils disent toujours qu'ils vont avoir une étude que c'est intéressant que les études c'est toujours plutôt dans l'autre sens, si je ne m'abuse » (E7 L47 à 54).

Seuls huit praticiens connaissaient les recommandations de la HAS. Pour ceux qui en ont pris connaissances, les avis divergent. Cependant, la plupart des ces médecins se disent perplexes vis à vis de ces recommandations.

i. Evolutions et remise en question de la pratique du médecin

CODES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CITATIONS	NOMBRE TOTAL DE CITATIONS
Influence des recommandations de la HAS sur la pratique du médecin	Le médecin a modifié sa pratique	3	15
	Le médecin n'a pas modifié sa pratique	10	
	Le médecin est conforté dans sa pratique	2	
Difficulté du changement de pratiques	Le changement de pratique s'accompagne d'un effort supplémentaire de pédagogie envers les patients		3
Doutes quant à la conduite à tenir face à une demande de dépistage de Cancer de la prostate	Le médecin émet une autocritique et remet en question sa pratique		10
Evolution de la pratique vers une augmentation de la prescription de PSA	Le médecin explique prescrire plus de PSA et réaliser moins de TR		2
Incertitude sur la prise en charge du Cancer de la prostate en fonction de l'âge	La prise en charge du Cancer de la prostate en fonction de l'âge du patient n'est pas très claire pour le médecin		1

Depuis la sortie des recommandations de la HAS, les médecins 9 et 14 ont modifié leur pratique et essaient de suivre ces recommandations : « bon ben moi je suis quelqu'un d'assez discipliné hein, si on me dit que, on nous disait qu'il y avait un intérêt à faire du dépistage systématique avant et là on nous a expliqué que ben finalement le la l'espérance des vies des hommes n'a pas progressé » (E14 L113 à 117). Pour les médecins 2 et 7, les dernières recommandations de la HAS leur ont permis d'être conforté dans leur pratique : « ben les dernières recommandations n'ont rien changé à ma pratique, elles m'ont plutôt conforté » (E2 L119-120). En ce qui concerne les 11 autres praticiens, ces recommandations de la HAS n'ont eu aucune influence sur leur

pratique : « je n'y prêterai pas attention » (E4 L122-123), « je n'en tiens pas compte » (E12 L121).

Le médecin 14, qui a modifié sa pratique avec les recommandations, explique qu'un changement de pratique est difficile et demande un effort de pédagogie : « ça a été un petit peu difficile de faire la pédagogie inverse et puis d'expliquer aux hommes que ben en fait on s'est un peu mis le doigt dans l'œil et puis que, ben, il faut changer de pratique quoi » (E14 L69 à 71).

Quelle que soit leur pratique de dépistage, la moitié des médecins interrogés remettent en question leur pratique à un moment de l'entretien : « *alors là effectivement c'est une peut être effectivement une situation à prendre en compte, que je ne prends pas en compte, mais j'ai peut être tort* » (E2 L108 à 110), « *on surdiagnostique sûrement* » (E12 L26), « *alors je reconnais que, enfin ça n'a peut-être pas un rapport direct mais, par rapport aux questions, au questionnement c'est plus sur les problèmes de sexualité ou de libido, de baisse de libido, de problèmes érectiles, j'ai du mal à... quand j'y repense régulièrement je me dis ah tiens il faudrait que j'y repense un peu plus souvent, à être un peu plus systématique disons, euh, voilà, donc faut que j'essaye, que je réussisse à travailler là-dessus et pas forcément attendre que les, la demande des patients* » (E14 L101 à 108).

Le médecin 12 explique que sa pratique a progressivement évolué vers une prescription plus importante du PSA et un abandon du toucher rectal : « *au départ j'étais beaucoup plus toucher rectal et plus le temps passe moins je suis toucher rectal et plus je suis PSA. C'est-à-dire qu'au départ vous en faisiez moins ? Au départ j'en faisais plus, plus de TR et moins de PSA, maintenant c'est quasiment PSA même s'il n'y a pas de demande urologique particulière* » (E12 L57 à 62).

Interrogé sur l'information qu'il donne au patient avant le dépistage, le médecin 6 évoque l'incertitude qu'il existe sur la prise en charge du Cancer de la prostate en

fonction de l'âge du patient : « ça dépend un petit peu de son âge, si c'est quelqu'un jusqu'à 60 ans, euh, je me pose pas trop de question, si c'est entre 60 et 75, là effectivement il a y beaucoup plus de questions, il y a beaucoup moins de réponses très claires sur la prise en charge, si on trouve une anomalie, et donc ... Et après 75 ans, on se pose moins de questions, parce que de toute façon après 75 ans , quelque soit le résultat, on est beaucoup moins agressif sur la prise en charge » (E6 L61 à 67).

Depuis l'émission des recommandations de la HAS, deux médecins ont modifié leur pratique, deux autres ont été confortés dans leur exercice, les autres n'ont pas changé leur manière de faire. Quelle que soit leur pratique de dépistage, la moitié des médecins n'hésitent pas à remettre en cause leur pratique au cours de l'entretien.

j. Perception par le médecin des attentes du patient

CODES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CITATIONS
Demande du patient	Le médecin constate que les patients sont demandeurs de dépistage de Cancer de la prostate	15
Refus du dépistage par le patient	Le patient ne veut pas être dépisté concernant le Cancer de la prostate	2
Motif de refus du dépistage	Le médecin pense que le patient refuse car il a peur	2
Attentes des patients vis à vis du dépistage	Perception par le médecin des attentes des patients	2
Difficulté d'acceptation du TR par le patient	Les patients sont réticents face au TR, surtout quand le médecin est une femme	5
Changement d'avis du patient après information	Le patient ne souhaite plus de dosage du PSA après avoir été informé des conséquences potentielles	4

Dix médecins constatent que les patients sont demandeurs du dépistage du Cancer de la prostate :

« comme je te le dis, quand c'est un homme, il le demande quand même au moins une fois » (E3 L76-77), « ils sont demandeurs, ça rentre en compte » (E6 L31), « systématiquement les hommes et heu surtout à partir de 60 ans ils veulent leur PSA » (E9 L82-83), « vous avez les patients qui demandent régulièrement et y en a même qui demandent même ça fait moins d'un an » (E15 L75 à 77).

Les médecins 1 et 15 évoquent le fait que certains patients ne veulent pas effectuer ce dépistage : *« Il y en a qui disent non » (E1 L53).*

Ces deux mêmes médecins pensent connaître le motif du refus de ces patients : *« il y a des patients qui refusent de le faire parce qu'ils ont peur de euh du résultat » (E15 L71-72).*

Les médecins 2 et 3 évoquent l'attente des patients par rapport au dépistage par dosage du PSA : *« ils en attendent des trucs mirobolants, hein ! Ils pensent qu'ils n'auront jamais de cancer » (E2 L46-47).*

Les médecins 6, 9, 13 et 15 donnent leur perception et constat quant aux difficultés d'acceptation du toucher rectal pour le patient : *« le dépistage il va être plutôt oral, est ce que vous vous relevez la nuit euh en général ils répondent non catégorique parce qu'ils ne veulent pas avoir un toucher rectal trop tôt, rire discret » (E9 25 à 28), « alors le problème du toucher rectal ici c'est que... enfin j'en ai fait un ou deux après il y a beaucoup de patients qui ne veulent pas parce que je suis une femme je pense, il y en a beaucoup qui ne veulent pas » (E13 L26 à 28), « voilà et c'était clairement annoncé hein, il y a des patients qui m'ont dit vous me faites ça je ne vous vois plus » (E15 L23-24).*

La plupart des médecins interrogés constatent que les patients sont demandeurs du dépistage du Cancer de la prostate. Quelques médecins évoquent les difficultés d'acceptation du toucher rectal par le patient.

DISCUSSION

Validité Interne

1. Sur la méthodologie

a. Les intérêts de la méthode

Cette étude avait pour objectif d'évaluer dans quelle mesure les dernières publications de la HAS ont modifié la pratique des médecins généralistes lorrains en matière de dépistage du Cancer de la prostate par dosage du PSA. L'utilisation de la recherche qualitative par entretiens était bien adaptée à cette étude car elle permettait aux interrogés de s'exprimer le plus librement possible, avec franchise et sincérité, sans crainte d'être jugé. L'anonymisation des entretiens a permis de renforcer cette liberté de parole. De plus, les médecins ont tous répondu favorablement à la demande d'entretien.

b. les limites de la méthode

Les biais internes

Ce sont les biais liés au chercheur et aux participants.

Le premier d'entre eux est le choix des participants. Dans ce travail, le choix volontaire des médecins pourrait s'apparenter au désir d'obtenir des résultats « prévus », bien que cette sélection a été faite en essayant de conserver la plus grande hétérogénéité possible de l'échantillon, pour récolter le plus grand nombre d'avis différents. De par ce biais, les données obtenues ne sont pas généralisables à l'ensemble des médecins généralistes. Il serait en revanche intéressant de réaliser une étude à l'échelle nationale afin de valider nos résultats.

Il y a parfois eu des erreurs de compréhension lors des entretiens, nécessitant quelques reformulations ; cependant à la relecture de ceux-ci nous pouvons considérer que le discours était majoritairement clair.

Un des biais lié aux participants concerne l'interrogé lui-même, son implication dans l'entretien, sa facilité à exprimer des idées, à discuter sur un thème précis. La participation à l'enquête peut être un reflet de sa motivation personnelle mais ne préjuge pas nécessairement d'une grande qualité dans les réponses apportées. Certaines attitudes, intrinsèques à chacun, ont pu limiter la qualité des résultats :

- capacité d'extraversion du médecin interrogé : par exemple, les MG3 et MG13 n'étaient pas à l'aise avec ce type d'entretien
- capacité à rester dans le sujet de recherche et d'éviter les hors sujets (MG1 et MG11). Ceci doit être limité par l'enquêteur, dans le cadre du caractère semi-dirigé de la méthode
- mécanismes de défense que l'interrogé déploie (fuite, rationalisation, projection, identification, refoulement, renversement, oubli)
- empressement de certains praticiens (MG5 et MG6 par exemple) au cours de l'entretien devant le nombre de consultations qui les attendait par la suite.

Un des biais lié au chercheur est la présence d'un seul enquêteur, de plus interne en médecine générale, ce qui a pu influencer les réponses des médecins interrogés en octroyant un sentiment de confraternité. A contrario, ce pourrait être un argument en faveur d'une meilleure validité puisqu'il permettrait de lever les barrières et les mécanismes de défense de l'enquêté. De plus, il se sent peut être mieux compris. Cependant, il peut y avoir un biais lié au fait que le médecin interrogé se sente jugé par son pair, le chercheur.

Lors de l'entretien, le style de conduite, le mode d'entretien, les mécanismes de défense, les propres opinions du chercheur peuvent influencer la recherche. Il faut donc éviter tout jugement et se positionner de façon neutre, voire naïve.

Il existe également un biais lié à notre statut de remplaçant en médecine générale : celui-ci peut engendrer une source de stress pour le médecin généraliste enquêté : il peut se sentir jugé dans sa pratique, ou bien gêné de mal maîtriser le thème abordé face à un confrère dont il considérerait que les connaissances théoriques sont de fait plus actualisées. De même, nous avons remplacé certains médecins généralistes, que donc nous connaissions.

L'effet du halo, décrit dans la thèse de S. Porteneuve et O. Courroy (19) survient lorsque les personnes interrogées sont influencées plus ou moins consciemment dans leur réponse par l'opinion émise lors de la question précédente. L'effet halo peut advenir :

- par irradiation d'un sentiment : un état d'irradiation provoqué par certaines questions persiste et influence les réponses aux questions suivantes
- par organisation logique de la pensée : la personne interrogée, sous l'influence de sa réponse à une question, répondra de manière cohérente aux questions suivantes évitant ainsi de se contredire, même s'il souhaiterait se raviser
- La personne interrogée peut souhaiter plus ou moins consciemment « faire plaisir » à l'enquêteur ou susciter chez lui une impression positive.

Enfin cette étude étant la première réalisée par nos soins, on peut considérer notre inexpérience comme le premier des biais. Ce travail de recherche était totalement nouveau : les questions ouvertes étaient délicates à poser, parfois elles ont pu être mal comprises. Ces questions, difficiles à formuler, et n'étaient parfois pas suffisamment précises, suscitant des réponses vagues, et amenant le médecin généraliste à répondre

hors sujet. Ce défaut s'est amélioré au fur et à mesure des entretiens et ceux-ci ont d'ailleurs été plus pertinents sur la fin de notre enquête du fait de notre progression dans le domaine.

Les biais externes

Ils sont caractérisés par l'environnement du chercheur et des participants. Les rencontres au sein même du cabinet de chaque médecin peuvent en faire partie, mais ici nous pensons qu'il s'agit plutôt d'un gage de meilleure participation du praticien à l'étude, en lui permettant de rester dans son environnement et de choisir la date et l'heure de la rencontre.

Cependant, certains entretiens ont été ponctués d'appels téléphoniques auxquels le médecin a répondu, ce qui a pu perturber les réponses aux questions suivantes.

Les biais d'investigation

Ils interviennent lorsque la formulation des remarques et des interrogations du chercheur peut influencer la réponse des participants. En effet, il est arrivé que des médecins nous posent des questions ou nous demandent notre avis au cours d'un entretien. La réalisation du guide d'entretien et la préparation des rencontres ont eu pour but d'en limiter les risques.

Les biais d'interprétation

Une analyse indépendante croisée a été effectuée entre le thésard et sa directrice de thèse. De fait, ce biais a été limité et l'objectivité dans cette analyse nous a paru acceptable.

Notre choix a été de réaliser par nous-même l'analyse thématique sans faire appel à l'utilisation d'un logiciel spécialisé. Le manque d'expérience fait discuter la fiabilité de cette étude : il est en effet extrêmement difficile de ne pas entrer naturellement dans

l'interprétation de certaines parties des verbatim. Et comme le soulignent Paillé et Muchielli (20) dans leur ouvrage *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, « tout analyste détient une posture et celle-ci ne va pas manquer de jouer dans la sélection des données du corpus qui s'avèreront pertinentes ».

2. Sur les résultats

a. L'échantillon

Les médecins interrogés ont tous répondu favorablement à notre demande d'entretien. Ceux-ci nous ont paru spontanément intéressés par la démarche, ce qui montre leur implication quotidienne dans le dépistage, d'une manière générale. La liberté de choix dans le lieu et la date de rencontre ont probablement participé à leur adhésion au projet. L'échantillon obtenu, malgré son faible effectif, est sensiblement comparable aux données régionales de la démographie médicale des médecins généralistes lorrains libéraux : un âge moyen de 52 ans, un taux de femmes médecins d'environ 40%, 15% de médecins de moins de 40 ans.

Il est important de noter que l'évaluation du caractère rural du mode d'exercice s'est faite selon le ressenti de chaque médecin généraliste et non selon des critères démographiques relatifs à la zone d'implantation du cabinet en question.

b. Les entretiens

Les entretiens se sont tous déroulés de manière agréable et ont permis de faire ressortir beaucoup d'idées. Quelques entretiens ont été assez courts, du fait de participants verbalisant leurs idées assez brièvement, malgré nos relances. De même, la durée des entretiens était parfois limitée car souvent réalisés entre deux consultations, ou au début d'une demi-journée de consultations.

La retranscription des données mot à mot par ordinateur a nécessité entre une heure et une heure trente par entretien, soit un total d'environ 20 heures. Cela représente 75 pages (exemple d'un entretien disponible en annexe 7)

Un tableau d'encodage a été réalisé reprenant l'intégralité des items développés pendant les entretiens semi dirigés. Il s'est organisé en plusieurs colonnes : les thèmes, les codes, les définitions des codes, comme il en a été fait mention dans la méthodologie. Une triangulation a été effectuée avec notre directrice de thèse, nous montrant que les résultats étaient concordants.

La saturation des données a été obtenue aux environs du 12^{ème} entretien, confirmée par la réalisation de trois nouvelles rencontres pour éviter de perdre d'éventuelles informations intéressantes.

Validité externe

REPONSES AUX OBJECTIFS DE L'ETUDE

Comme nous nous y attendions, les dernières recommandations de la HAS n'ont pas eu d'effet significatif sur la prescription du dépistage du cancer de la prostate utilisant le dosage du PSA par les médecins généralistes. C'est d'ailleurs ce même constat que nous avons été amené à réaliser lors de mes différents stages et remplacements, et nous pouvons ainsi tout à fait affirmer que la prescription du PSA dans le cadre du dépistage est une pratique qui reste très répandue.

Seuls deux médecins de l'échantillon se sont adaptés aux recommandations de la HAS (pas de dépistage systématique), tandis que deux autres praticiens se sont trouvés

confortés dans leur pratique. Les onze autres médecins n'ont pas pris en compte ces recommandations, soit par méconnaissance de celles-ci, soit parce qu'ils ne souhaitent pas les mettre en œuvre (cet aspect sera développé dans un paragraphe ultérieur). Ces résultats ne sont pas tout à fait en accord avec ceux de Le Tanneur de 2012 (21) qui montrait que la moitié des praticiens de son échantillon avait modifié leur pratique. La grande majorité des médecins de notre étude continue à utiliser le PSA comme outil de dépistage, comme le montrait d'ailleurs Calcine en 2012 (22) (83% des médecins de sa cohorte – en région montpelliéraine- prescrivaient le dépistage). Les autres travaux de thèses retrouvées sur le sujet montrent aussi des chiffres de prescription du dépistage élevés. En 2009, avant la publication des recommandations, une étude nationale de l'OPEPS auprès de médecins généralistes (23) retrouvait déjà des chiffres élevés en ce qui concerne la prescription de ce dépistage (90% des médecins interrogés). On peut aussi constater un taux élevé (71%) de prescription de ce dépistage dans l'étude de l'INCa en 2010. Cette constatation est validée notamment par Tuppin qui, en 2011 (24), a réalisé une étude observationnelle sur l'année 2009 concernant les hommes de 40 ans et plus : la fréquence des hommes sans cancer de la prostate diagnostiqué (10,9 millions) avec au moins un dosage du PSA était très élevée : 30 % chez les hommes de 40 ans et plus, 56 % chez les hommes entre 70 et 74 ans, 33 % chez les plus de 85 ans. La thèse de Flinois de 2012 constate aussi une persistance d'un taux élevé de dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA malgré les recommandations (72% des médecins interrogés). Plus récemment en 2014, Berkane (25) conclue que 69% des médecins interrogés continuent à prescrire le PSA comme examen de dépistage. De même, Bourry en 2014 (26), dans une étude qualitative, retrouve des pratiques très disparates et toujours en faveur du dépistage par PSA. Enfin, une étude récente de François en 2013 réalisée sur des médecins généralistes de l'Oise (27)

constate que 57% des médecins interrogés prescrivent encore le PSA dans le cadre du dépistage, et 88% y sont favorables. En opposition à ces dernières constatations françaises, Zeliadt a réalisé en 2011 une étude aux Etats Unis afin de mesurer l'impact des recommandations sur la pratique des médecins en ce qui concerne la prescription du dosage du PSA : il a constaté une diminution légère (3 points) des prescriptions chez les hommes entre 40 et 75 ans et une diminution un peu plus marquée chez les plus de 75 ans (28). Les derniers chiffres parus dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (29), rapportent qu'en 2014, 27% des hommes de plus de 40 ans ont réalisé un test de dépistage par PSA, ce qui note une légère baisse par rapport aux chiffres parus de 2009 en 2011 (3 points).

Pratique des médecins

Lorsque qu'on étudie le cadre de prescription du dépistage du cancer de la prostate, l'âge du patient est un déterminant majeur, la limite d'âge inférieure la plus souvent retrouvée se situe aux alentours de cinquante ans, limite correspondant aux recommandations émises par l'AFU. D'ailleurs, ce dépistage s'inscrit souvent dans un bilan de santé systématique réalisé chez les patients de cinquante ans. De plus, la fréquence de réalisation du PSA est le plus souvent annuelle. Ces praticiens suivent encore les recommandations de l'AFU, et peuvent prescrire un dépistage avant cinquante ans dans le cas où le patient présente des facteurs de risque. Ce constat est en accord avec les résultats du travail de Ramon de 2011 (30) qui montrait que 74% des médecins tiennent compte des antécédents familiaux. Cependant, certains des médecins interrogés, qu'ils prescrivent ou non le dépistage, estiment que ces facteurs de risque ne sont pas clairement définis. En ce qui concerne l'âge supérieur limite de réalisation du

dépistage, la limite est beaucoup plus floue, malgré les recommandations de l'AFU définissant soixante quinze ans comme âge supérieur limite. Dans ce cas, les médecins s'attachent plutôt à l'état général et aux comorbidités du patient pour décider de réaliser, ou non, le dépistage et sont donc encore assez nombreux à prescrire des dosages de PSA à leurs patients âgés. En effet, d'après l'enquête de l'INCa de 2010 (31), 71% des médecins généralistes préconisent ce dépistage à partir de 50 ans. Si l'âge d'entrée dans ce dépistage est relativement partagée, la pratique concernant l'âge de fin est plus hétérogène : 20 % le préconisent jusqu'à 70 à 74 ans, 35% jusqu'à 75 ans et 37% au delà de 75 ans. Les chiffres parus en 2016 suite à une observation en 2014 (29) montre aussi que les hommes de plus de 75 ans restent encore beaucoup dépistés. Enfin, Shao conclue sur le risque de sur-diagnostic et sur-traitement d'autant plus élevé chez les patients de plus de 75 ans, compte tenu de la difficulté diagnostique et de l'impossibilité de différencier les tumeurs agressives (32).

En matière de toucher rectal, la pratique de cet examen dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate est limitée, à peine la moitié des médecins interrogés l'effectue systématiquement, qu'ils y associent ou non la prescription du PSA. Les taux de réalisation de ce geste sont très variables ; Labouret en 2011 (33) retrouvait un taux plus faible à 26% tandis que Ramon constatait aussi un taux de réalisation à 71% (30). L'étude de l'OPEPS de 2009 constate un taux de pratique du TR à 40%. En 2014, Berkane (25) constate un taux de réalisation du TR à 23%. La variabilité de ces chiffres est difficile à expliquer. Dans notre étude, trois arguments majeurs sont avancés par les médecins pour justifier l'absence de réalisation du TR : l'impression que cet examen n'est pas fiable (peu sensible), l'absence de compétence du médecin généraliste dans la réalisation de ce geste (manque de pratique) et la difficulté d'acceptation de ce geste par les patients. De plus, les médecins - femmes évoquent des difficultés particulières pour

effectuer ce geste, il existe une réelle gêne vis à vis de leur patient. Ce dernier constat est aussi fait par Le Tanneur (21) en 2012 et en 2014, par Berkane (25).

Information du patient

Quand on évoque l'entretien préalable à la prescription du dépistage, on constate que seulement quelques médecins évoquent spontanément les informations qu'ils donnent ou non au patient. Nous avons été surpris par ce constat, c'est en effet seulement une fois qu'on leur a posé la question que quasiment tous les médecins évoquent l'information qu'ils donnent au patient. Une enquête (31) de l'INCa en 2010 montrait d'ailleurs que seul 1 médecin généraliste sur 4 informait son patient des limites du dépistage et 1 sur 5 sur les effets secondaires des traitements et de la gravité du cancer de la prostate. Récemment en 2014, dans sa thèse, Berkane (25) constate un pourcentage plus élevé, 69% des médecins déclarent donner une information claire à leur patient. Cependant, le niveau d'information reste très difficile à étudier. Nous avons pu constater dans les entretiens que cette information est très hétérogène et praticien-dépendant.

Dans notre étude, on constate tout de même que beaucoup de médecins n'informent pas leur patient au moment de la prescription mais qu'en revanche ils le font plus volontiers lorsque le patient revient avec le résultat du dépistage. C'est aussi ce que constate Van De Steen en 2007 (34) où 20% des médecins donnent une information avant le dépistage tandis que 75 % la donne après. Cependant, cette information reste le plus souvent incomplète. Nous avons retrouvé trois motifs récurrents expliquant cette absence d'information, le manque de temps lors de la consultation, l'impossibilité pour

le patient de comprendre ces explications et enfin la crainte de faire peur au patient. La première raison évoquée est aussi retrouvée par Mayard (35) qui relève, en conclusion de sa thèse qualitative menée auprès de 20 praticiens de Basse Normandie en 2011, que « la structure actuelle des consultations semble inappropriée du fait du manque de temps ou d'autre motif de consultation ». On relève aussi cet argumentaire dans la thèse de Bourry en 2014 (26), en effet, elle constate aussi que le devoir d'information des patients est partiellement respecté du fait du manque de temps des médecins, des difficultés à se faire comprendre avec le risque anxiogène que cela engendre.

Pourtant, l'information du patient sur les avantages et inconvénients de ce dépistage est capitale. C'est ce qu'a montré Deschamps en 2009 (36), en étudiant chez 89 patients l'évaluation de l'impact de l'information sur la décision de dépistage : en cas d'antécédents familiaux de cancer prostatique et avant d'être informés sur le dépistage, 100% des patients concernés souhaitaient être dépistés. Après avoir reçu cette information, ils n'étaient plus que 78,5% à vouloir être dépistés. Ce résultat était significatif. En l'absence d'antécédents familiaux, 72% des patients souhaitaient un dépistage avant information, mais ils n'étaient plus que 53% après avoir été informés. En 2004, l'ANAES (37) avait déjà souligné que plus les hommes étaient informés sur le dépistage, moins ils s'orientaient vers une telle démarche. Ceci est confirmé par une étude datant de 2007 où Wolf (38) a démontré à l'aide d'une étude randomisée que la demande de dépistage décroît avec l'information claire du patient sur les risques et les bénéfices attendus.

Nous avons d'ailleurs pu constater que l'information donnée par le praticien est orientée en fonction de sa pratique de dépistage. Un médecin convaincu de l'intérêt de ce dépistage insistera plus sur les avantages et parlera moins, voire pas du tout des

inconvenients et de la suite de la prise en charge en cas de résultat positif de ce dépistage. Nous avons également pu faire le constat inverse : devant une demande de dépistage par leur patient, un médecin ne le prescrivant habituellement pas, lui donnera une information orientée sur les inconvenients de ce dépistage et les effets secondaires d'un éventuel traitement. Ce sont d'ailleurs ces médecins (opposés au dépistage systématique) qui discutent le plus de l'intérêt ou non du dépistage avec leur patient. C'est aussi ce qu'a constaté Calcine en 2012 (22), en démontrant que 78% des médecins discutaient du dépistage avec leurs patients, et qu'il s'agissait le plus souvent des médecins qui ne dépistaient pas systématiquement leurs patients. La notion d'information était donc peu précise car on peut penser que ces médecins n'expliquaient pas au patient le déroulement du dépistage et ses éventuelles conséquences mais justifiaient plutôt le fait de ne pas prescrire de dépistage. Nahoum en 2011 (39) retrouvait aussi deux groupes de médecins généralistes, un premier groupe de médecins dépisteurs systématiques qui auraient moins tendance à informer leur patient, et un second groupe qui est minoritaire et qui représente des opposants au dépistage, qui informent les patients sur les possibilités de sur-diagnostic et de sur-traitement.

Walter en 2013 a réalisé une étude en suivant sur 5 ans un groupe de patients âgés de plus de 65 ans : la majorité des patients ayant bénéficié d'un dépistage par PSA et ayant ensuite des biopsies positives, veulent se faire traiter, peu importe leur âge avancé et la présence de comorbidités, ce qui renforce la nécessité de l'information donnée au patient en amont (40).

En 2011, devant la contradiction des recommandations des sociétés savantes Gomella insiste sur l'importance capitale du dialogue entre praticiens et entre praticien et patients (41).

L'information du patient joue un rôle majeur au cours du dépistage du cancer de la prostate. Toutes les sociétés savantes, quel que soit leur avis sur ce dépistage, recommandent aux médecins de donner une information la plus complète possible à leurs patients. Ainsi, le patient est rendu autonome et acteur principal de la prise de décision concernant son dépistage. Divers supports écrits, en plus de l'information orale indispensable, doivent être délivrés aux patients. Ceci doit être réalisé en amont du dépistage afin de laisser le patient décideur. Ces informations doivent être objectives et les plus claires possible.

En mars 2016, le Collège de la Médecine Générale, en association avec l'Institut national du cancer, a publié un guide de recommandations aux médecins concernant la première prescription de dosage de PSA chez l'homme asymptomatique (42, annexe 7). De même, pour la première fois en France, le CMG a publié un guide destiné au patient (annexe 8), pour informer ceux qui souhaitent s'engager dans une démarche de dépistage. Ce second guide incitera les patients à en discuter avec leur médecin et permettra ainsi de mieux évaluer la balance bénéfice risque de ce dépistage. Il faut tout de même préciser que l'AFU n'a pas validé ces documents d'information.

Déterminants de pratique

Plusieurs déterminants de la pratique des médecins sont ressortis au cours des entretiens. Le premier déterminant est l'expérience professionnelle, c'est d'ailleurs celui qui est le plus souvent évoqué. Qu'ils soient prescripteurs ou non du PSA, presque tous les médecins ont évoqué au moins une expérience professionnelle qui motive leur pratique de dépistage. Le groupe des prescripteurs met en avant le nombre de cancer de

prostate dépisté grâce au dosage du PSA tandis que les non prescripteurs insistent sur les nombreuses biopsies négatives ou encore les effets secondaires d'une prostatectomie. Calu en 2010 (43), constate aussi l'importance de l'expérience personnelle dans la prescription du dépistage.

Plusieurs médecins évoquent aussi la demande du patient, qui est sensibilisé par les médias, l'incitation du grand public est à prendre en compte pour ces praticiens. Certains disent avoir des difficultés à refuser une demande dépistage, ils craignent aussi les conséquences d'une absence de dépistage. Il existe d'ailleurs plusieurs exemples de procès où des médecins sont mis en cause par un de leur patient pour retard de diagnostic d'un cancer de la prostate. Il est intéressant de constater que certains médecins s'inquiètent des conséquences d'une absence de dépistage mais n'évoque jamais les craintes des conséquences d'un sur-traitement. En effet, la demande du patient est un déterminant majeur d'après les médecins interrogés dans notre étude, ce constat est partagé par Gaufrès-Gourc (44). François dans son étude 2013 (27) constate que d'après les médecins généralistes interrogés, la demande de dépistage vient du patient dans 79% des cas. Cependant l'étude de 2010 de l'INCa montre que 88 % des médecins disent être à l'initiative du sujet en consultation. Flinois, en 2012 (45) fait aussi le constat de ces différents déterminants : les principales motivations du dépistage systématique sont l'expérience personnelle (68%), la demande du patient (59%) et le risque médico-légal (43%).

En ce qui concerne les recommandations de la HAS, nous avons été surpris par la proportion élevée de médecins ne les connaissant pas ou partiellement. D'ailleurs, un tiers des médecins interrogés pensent que le PSA est un test fiable. A ce sujet, on peut citer une étude récente de Gauchez en 2014 (46) qui montre que les immuno-dosages

peuvent être pris en défaut lors de la présence d'anticorps hétérophiles (AH) et que devant toute valeur inattendue de PSA au regard de la clinique, il est crucial d'initier un dialogue direct, réel, entre cliniciens et biologistes avant toute intervention thérapeutique.

Les médecins qui ne prescrivaient pas le dépistage et ceux qui ont modifié leur pratique connaissaient très bien les recommandations de la HAS, c'est aussi ce qu'a pu constaté Nahoum en 2011 (39). Plus précisément, les médecins opposés au dépistage connaissaient les deux grandes études ERSPC et PLCO citées dans les recommandations de la HAS, ils étaient d'ailleurs maître de stage et faisaient partis de groupe de pairs et de formation continue.

De même, nous nous attendions à ce que les médecins « jeunes » connaissent les recommandations et soient peu prescripteurs de dépistage comme le montre Labouret en 2011 (33), mais ce n'est le cas dans mon étude. Cependant, Berkane en 2014 (25) a pu constater que les plus jeunes médecins réalisent plus de dépistage systématique que leurs aînés.

On peut penser que la persistance d'une prescription importante du dépistage résulte d'une méconnaissance de ces recommandations, cependant plusieurs médecins ne souhaitent pas changer leur pratique malgré ces recommandations. Certains médecins estiment d'ailleurs que le changement de pratique est difficile et demande du temps et de la pédagogie auprès des patients.

Nous avons pu constater que plusieurs praticiens sont perplexes face aux recommandations de la HAS et préfèrent faire confiance aux recommandations de l'AFU. Nous avons aussi pu faire le constat inverse avec les médecins qui se positionnent contre le dépistage. Cependant quasiment tous les médecins interrogés dans notre étude

ont émis une autocritique à propos de leur pratique, qu'ils soient prescripteurs ou non du dépistage. Par exemple, un médecin non prescripteur du PSA émettait un doute sur le faite de ne pas prendre en compte les patients présentant des facteurs de risque de cancer de la prostate. Un autre praticien, prescripteur du dépistage par PSA faisait le constat d'un probable sur-diagnostic et donc sur-traitement. Rappelons que le PSA permet une première approche mais sa spécificité ne permet pas d'identifier les patients à risque de cancer létal. Dans le cancer du sein, une classification moléculaire permet de mieux cibler le traitement. Pour le cancer de la prostate, beaucoup de bio-marqueurs sont proposés dans la littérature mais finalement peu aboutissent à une utilisation quotidienne (47).

Il est difficile pour certains praticiens d'appliquer à l'échelle individuelle, des recommandations faites pour une population. De plus, beaucoup estiment qu'ils est difficile de se positionner, sachant que les recommandations des société savantes sont en contradiction. Une étude de Trepos et Laure exposée à l'occasion de la 7^{ème} journée de recherche de la HAS (48) montre d'ailleurs que les médecins s'efforcent de tenir compte des recommandations mais également qu'ils tiennent compte de leur expérience de praticiens pour opérer un tri au sein de la masse de recommandations qu'ils reçoivent.

En outre, si l'on fait un parallèle avec le dépistage du cancer du côlon, une étude de l'INCa en 2010 médecins généralistes et dépistage des cancers montre que les médecins se déclarent moins convaincus de l'efficacité du dépistage du cancer de la prostate (46 % le considèrent comme tout à fait efficace) par rapport à celui du cancer colorectal (72 %), mais ce rapport est inversé lorsqu'il s'agit de la vérification systématique de sa réalisation dans leur patientèle (47 % pour la prostate et 34 % pour le colorectal). Au

total, il ressort de cette enquête présentée dans le rapport « La situation du cancer en France en 2011 » qu'il n'existe pas de corrélation entre l'efficacité perçue d'un dépistage, l'opinion d'un test de dépistage et l'inscription de ce dépistage dans la pratique du médecin généraliste (31).

CONCLUSION

Notre travail a permis de confirmer que les dernières recommandations de la HAS en matière de dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA n'avaient que peu influencé la pratique des médecins généralistes. La majorité des médecins interrogés continuent à pratiquer un dépistage que l'on peut qualifier de dépistage de masse au sein de leur patientèle. La controverse qui perdure, avec les divergences entre les recommandations et leur ambiguïté, contribue à laisser les médecins dans la confusion. Plutôt que de se fier aux différentes recommandations émanant des sociétés savantes, les médecins généralistes, dans leur grande majorité, adoptent donc des pratiques de dépistage hétérogènes guidées le plus souvent par leurs convictions et leurs différentes expériences personnelles. Il est difficile pour les praticiens d'appliquer à l'individu une politique de santé publique pensée pour une population entière. C'est pourquoi une information parfaitement claire et objective des avantages et inconvénients de ce dépistage doit être donnée au patient chaque fois qu'un dépistage par dosage du PSA est envisagé. Il est en effet très compliqué pour un médecin de ne pas orienter son discours en fonction de ses convictions. Dans notre étude, nous pouvons d'ailleurs constater que l'information donnée au patient avant toute pratique de dépistage est souvent insuffisante, voir absente, alors que toutes les recommandations s'accordent sur ce point.

Il serait intéressant de compléter notre travail en réalisant une étude du même type auprès de patients afin d'identifier leurs motivations et leur niveau de compréhension vis à vis du dépistage du cancer de la prostate. En effet, l'information qu'il est nécessaire de donner au patient lui permet d'être acteur de sa santé, ce dernier est remis au centre de la démarche de soins. Cependant, pour certains patients, même bien informés, la prise d'une décision pour leur santé reste parfois très difficile et la pression engendrée par le mot « cancer » favorise souvent la difficulté de ce choix.

« Mais vous, Docteur, vous feriez quoi si vous étiez à ma place ? »... Difficile question, à laquelle nous avons été confronté alors que nous venions de donner l'information qui me semblait la plus claire et la plus objective possible. Tout jeune praticien, nous avons été surpris par cette question qui m'a amené à la réflexion suivante. Cette interrogation fréquente nous semble pouvoir s'interpréter de deux façons. La première, plutôt flatteuse : les patients nous font tellement confiance qu'ils nous proposent de prendre une décision pour leur propre santé. La seconde, moins valorisante : nos explications manquent de clarté, au point qu'ils nous demandent de décider pour eux. Nous pensons qu'il est difficile de répondre nettement, car certaines situations cliniques laissent assez perplexes quant à la « meilleure » solution à adopter. Il est assez facile, dans des conditions livresques, de prendre une décision. Face au patient, cela est bien moins aisé. Si les recommandations peuvent souvent éclairer, orienter la décision, elles ne donnent jamais « la » réponse à mon problème. Nous devons nous résoudre à concevoir que la médecine n'est pas une science exacte ; ce n'est qu'une science de statistiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015 / 2015 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. 2015 [cité 30 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2015/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2015>
2. Rébillard X, Grosclaude P, Leone N, Velten M, Coureau G, Villers A, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer urologique en France en 2012. *Prog En Urol.* nov 2013;23, Supplement 2:S57-65.
3. Boissier R. L'antigène spécifique de la prostate ou PSA. *Prog En Urol.* nov 2011;21(11):798-800.
4. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? [Internet]. 2012 [cité 24 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1238318/fr/cancer-de-la-prostate-identification-des-facteurs-de-risque-et-pertinence-d-un-depistage-par-dosage-de-l-antigene-specifique-de-la-prostate-psa-de-populations-d-hommes-a-haut-risque
5. Ouzzane A, Coloby P, Mignard J-P, Allegre J-P, Soulie M, Rebillard X, et al. Recommandations pour la bonne pratique des biopsies prostatiques. *Prog En Urol.* janv 2011;21(1):18-28.
6. Gignon M, Braillon A, Chaine F-X, Dubois G. Le dépistage du cancer de la prostate: hétérogénéités des recommandations: Une exception française? *Can J Public Heal Can Santee Publique.* 2007;212-6.
7. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med.* 26 mars 2009;360(13):1320-8.
8. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med.* 26 mars 2009;360(13):1310-9.
9. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1:CD004720.
10. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate. Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. HAS; 2010.

11. Société française de médecine générale. Vous avez dit « prostate! », comme c'est bizarre. In 2011.

12. Dépistage du cancer de la prostate : et après ? - Septembre 2011 [Internet]. 2011 [cité 24 mars 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_du_cancer_de_la_prostate_et_apres_septem/

13. Collège de Médecine Générale. Communiqué du Collège de la Médecine Générale. Dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA : un intérêt non démontré. - UNAFORMEC [Internet]. 2012 [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.unaformec.org/Communique-du-College-de-la,758.html>

14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2005;84:145-145.

15. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherches Qualitatives. 2006;26(1):110-36.

16. Cote L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine [Internet]. [cité 24 mars 2016]. Disponible sur: http://www.academia.edu/3239239/Comment_lire_de_fa%C3%A7on_critique_les_articles_de_recherche_qualitative_en_m%C3%A9decine

17. Juan S. Méthodes de recherche en sciences sociohumaines: exploration critique des techniques. Paris: Presses universitaires de France; 1999. 296 p. (Le sociologue).

18. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris]: GM Santé ; CNGE; 2011.

19. Purroy O, Porteneuve S. Les déterminants de l'implication des médecins généralistes dans la pratique de la gynécologie: enquête qualitative et quantitative auprès de médecins généralistes du Languedoc Roussillon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.

20. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: A. Colin; 2012.

21. Le Tanneur M. Évolution et déterminants des pratiques de dépistage du cancer de la prostate en médecine générale en situation de controverse: Double étude auprès de médecins généralistes: Étude quantitative nationale et étude qualitative en entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Faculté de médecine; 2012.

22. Calcine V. Controverse scientifique autour du dépistage du cancer de la prostate : influence sur l'attitude des médecins généralistes pour eux-mêmes et leur famille. Enquête de pratique auprès des maitres de stage [médecine générale]. [Paris]: Paris; 2012.
23. Debré B. N° 1582 - Rapport de M. Bernard Debré, établi au nom de cet office, sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate [Internet]. 2009 [cité 24 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-off/i1582.asp>
24. Tuppin P, Samson S, Fagot-Campagna A, Lukacs B, Alla F, Allemand H, et al. Dosage du PSA, biopsie, cancer et hypertrophie bénigne de la prostate en France. Prog En Urol. juill 2014;24(9):572-80.
25. Ait Ouali-Berkane S. Enquête pratique auprès des médecins généralistes de Reims dans le cadre du dépistage du cancer de prostate par dosage du PSA [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
26. Bourry F. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes aubois, face à l'application des recommandations de la HAS concernant le dépistage du cancer de la prostate par les PSA [médecine générale]. [Reims]: Reims; 2014.
27. Francois T, Alezra E, Kikassa J-C, Saint F, Raynal G. Le dépistage du cancer de la prostate vu par les médecins généralistes. Prog En Urol. déc 2013;23(16):1407-11.
28. Zeliadt SB, Hoffman RM, Etzioni R, Gore JL, Kessler LG, Lin DW. Influence of Publication of US and European Prostate Cancer Screening Trials on PSA Testing Practices. J Natl Cancer Inst. 16 mars 2011;103(6):520-3.
29. Tuppin P, Leboucher C, Samson S, Peyre-Lanquar G, Gabach P, Rebillard X. Vers une évolution des pratiques de détection et de prise en charge du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus en France (2009-2014) ? 22 mars 2016;(9).
30. Ramon F. Application des modalités de dépistage du cancer de la prostate en Médecine Générale - Enquête auprès de 404 Médecins Généralistes de France Métropolitaine [médecine générale]. [Paris V]: Paris V; 2011.
31. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. sept 2010;20.
32. Shao Y-H, Albertsen PC, Shih W, Roberts CB, Lu-Yao GL. The impact of PSA testing frequency on prostate cancer incidence and treatment in older men. Prostate Cancer Prostatic Dis. déc 2011;14(4):332-9.

33. Labouret E. Faut-il dépister de cancer de la prostate par le PSA ? : enquête auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2011.
34. Van de Steene E. Dépistage du cancer de la prostate: une enquête de pratique auprès des médecins généralistes de la région Auvergne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont I; 2007.
35. Mayard F. Conditions de l'information du patient sur le dépistage du cancer de la prostate en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2011.
36. Deschamps A. Le dépistage du cancer de la prostate en médecine générale [médecine générale]. [Paris]: Paris; 2009.
37. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate - Document à l'usage des professionnels de santé - Recommandations pour la pratique clinique. 2004.
38. Wolf AM, Philbrick JT, Schorling JB. Predictors of interest in prostate-specific antigen screening and the impact of informed consent: what should we tell our patients? *Am J Med.* oct 1997;103(4):308-14.
39. Nahoum B. Dépistage du cancer de la prostate: enquête qualitative auprès de médecins généralistes d'Ile de France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
40. Walter LC, Fung KZ, Kirby KA, Shi Y, Espaldon R, O'Brien S, et al. Five-year downstream outcomes following prostate-specific antigen screening in older men. *JAMA Intern Med.* 27 mai 2013;173(10):866-73.
41. Gomella LG, Liu XS, Trabulsi EJ, Kelly WK, Myers R, Showalter T, et al. Screening for prostate cancer: the current evidence and guidelines controversy. *Can J Urol.* oct 2011;18(5):5875-83.
42. Collège de Médecine Générale. La première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique. 2016.
43. Calu L. Le dosage du PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate : opinions et pratiques des médecins généralistes d'Eure-Et-Loire [médecine générale]. [Tours]: Tours; 2010.

44. Gaufres-Gourc M. Acceptabilité de la réalisation d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA: revue de la littérature et mise en place d'une étude clinique dans le cadre du protocole ERSPC Hérault [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2004.
45. Flinois B. Le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA: attitude et pratique des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
46. Gauchez A-S, Lamy PJ, Descotes JL. Le PSA pris en défaut. Prog En Urol. déc 2015;25(16):1121-4.
47. Champy CM, de la Taille A. Quels biomarqueurs pour le cancer de la prostate pourraient nous aider en 2015 ? Prog En Urol - FMC. déc 2015;25(4):F94-8.
48. Trépos J-Y, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. juill 2008;56(4, Supplement):S221-9.

ANNEXES

1. Cahier des charges des programmes de dépistage défini par l'OMS
2. Communiqué de presse de l'AFU du 15 mars 2012
3. Consentement signé par les médecins participant à l'étude
4. Guide d'entretien
5. Codes et définitions
6. Exemple d'entretien
7. Eléments d'informations destinés aux médecins concernant la première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique
8. Le dépistage du cancer de la prostate, s'informer avant de décider

Annexe 1. Critères OMS du dépistage

-
- 1) La maladie doit être un problème important de santé publique
 - 2) Il doit exister un traitement curatif efficace de la maladie
 - 3) Des tests de diagnostic et des moyens thérapeutiques doivent être disponibles en pratique courante
 - 4) Un stade précoce ou pré clinique de la maladie doit pouvoir être diagnostiqué
 - 5) Un test ou un examen de diagnostic précoce doit être validé à ce stade
 - 6) Ce test doit être acceptable par la population
 - 7) L'histoire naturelle de la maladie doit être connue
 - 8) Il y a un consensus pour décider quels sont les patients qui nécessitent un traitement
 - 9) Le coût du dépistage (diagnostic et traitement inclus) doit être évalué et acceptable
 - 10) Le dépistage doit faire l'objet d'une stratégie continue de politique de santé.
-

Annexe 2. Communiqué de presse de l'AFU du 15 mars 2012

15 mars 2012

COMMUNIQUE DE PRESSE

Cancer de la prostate et dépistage : les dernières analyses de l'ERSPC (European randomized screening study for prostate cancer)

**Les urologues intensifient leurs actions d'information, de recommandations et
d'innovations pour éviter sur-diagnostic et sur-traitement**

Introduction/résumé

L'étude ERSPC publiée le 17 février 2012 dans le NEJM (N Engl J Med 2012;366) confirme la baisse de la mortalité de 21 % en cas de dépistage systématique du cancer de la prostate par le PSA, par rapport l'absence de dépistage, chez des hommes européens âgés de 55 à 69 ans, suivis pendant au moins 11 années. Cette baisse de mortalité atteint 29% pour les hommes ayant effectivement réalisé le dépistage. Dans cette étude, après ce suivi de 11 ans, il est calculé que, pour éviter un décès par cancer de la prostate, 1055 hommes doivent être dépistés et 37 doivent être traités. Cette analyse, après 2 années de suivi supplémentaires, confirme que le dépistage par PSA diminue de façon importante la mortalité par cancer de la prostate.

Les résultats de cette étude sont très favorables au dépistage, même si certaines limites méthodologiques ne permettent pas encore aujourd'hui de se prononcer définitivement en faveur du dépistage systématique ou dépistage de masse : le dépistage par décision individuelle reste donc recommandé et, en pratique, utilisé par plus de deux hommes sur 3 en France. Ce dépistage implique une information claire du patient portant sur le cancer de la prostate, ses risques d'évolution, son dépistage et sa prise en charge, d'où l'importance de campagnes d'information largement diffusées vers le grand public et les professionnels de santé.

Les bénéfices et les limites du PSA : Le PSA (antigène spécifique de la prostate) est un test sanguin utile : il permet de détecter à un stade précoce, les cancers localisés à la glande prostatique et de les traiter efficacement par chirurgie ou radiothérapie. Cette détection précoce s'est accompagnée, en France, à la fois d'une diminution de l'incidence des cancers aux stades plus évolués (dans le pelvis ou métastatiques), et de la mortalité. Cependant, parmi les cancers localisés diagnostiqués grâce au PSA, on estime que près d'un tiers sont, en fait, de faible volume, peu agressifs, et ne nécessitent pas d'être traités à ce stade. Les deux autres tiers, de plus gros volume ou bien agressifs, présentent un haut risque de progression et de décès et il est donc recommandé de les traiter par chirurgie ou radiothérapie. Il est en effet important de rappeler, qu'à l'heure actuelle, seuls les cancers limités à la glande ou à l'espace péri-prostatique peuvent être guéris définitivement.

Il ne s'agit donc plus de trancher entre dépistage individuel et dépistage systématique ni de se poser la question de la nécessité de limiter l'usage du PSA aux seuls hommes les plus exposés au risque de cancer (antécédents familiaux ou population à risque comme la population noire). **La question est de savoir comment identifier ces cancers de faible volume, peu agressifs, pour éviter :**

- **soit de les diagnostiquer inutilement (l'objectif est de diminuer le « sur-diagnostic ») ;**
 - **soit de les traiter abusivement (l'objectif est de diminuer le « sur-traitement »).**
- Actuellement, lorsque le PSA est inférieur à la valeur de 4 ng/ml, on estime que le risque de cancer est très faible. Les biopsies ne sont alors pas indiquées, sauf en cas d'anomalie détectée au toucher rectal. Lorsque le PSA est supérieur à la valeur de 4 ng/ml, sur avis de l'urologue, un prélèvement prostatique par biopsie peut être indiqué. En cas de diagnostic d'un cancer de faible volume et peu agressif, on recommande de ne pas le traiter et de proposer au patient une « surveillance active » (Lire l'encadré *Surveillance active : critères de sélection des patients éligibles et suivi*, ci-dessous). Le patient doit être informé, avant même la biopsie, de cette possibilité de simple surveillance.

L'AFU rappelle l'importance de la discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire, de chaque cas de cancer de prostate diagnostiqué, qui doit prendre en compte l'âge, l'agressivité (grade), le nombre et la longueur de biopsies envahies, la vélocité du PSA... La surveillance active doit être systématiquement discutée comme les autres modalités de traitement. **La stratégie thérapeutique doit ensuite être discutée avec le patient.**

Cependant, à terme, les urologues souhaitent aller plus loin, et se fixent pour objectif d'éviter la réalisation de biopsies conduisant au diagnostic de cancers de faible volume et peu agressifs. Le PSA ne permettant pas de repérer ces cancers, d'autres tests innovants sont en cours d'évaluation comme les formes moléculaires du PSA, le PCA3, ou l'IRM (lire l'encadré *Recherches en cours et perspectives*, à la fin du texte).

Surveillance active : critères de sélection des patients éligibles et suivi

Les patients éligibles à la surveillance active doivent appartenir au groupe à faible risque de D'Amico (PSA < 10 ng/ml, bien différenciés (de grade 3) et stade clinique limité à un seul lobe de la prostate) ; ils ne présentent que 1 à 2 carottes biopsiques positives au maximum sur une série d'au moins 10 prélèvements, avec une longueur de cancer de 1 à 3 mm au plus sur la biopsie la plus atteinte.

La surveillance consiste en :

- un dosage du PSA tous les 6 mois ;
- après un délai d'un an, réalisation d'une nouvelle série de biopsie.

En cas d'augmentation du PSA, du volume ou du grade du cancer sur les biopsies, un traitement curatif est proposé.

Etudes de dépistage

Si les études contradictoires publiées dans le NEJM 2009 (ERSPC et PLCO) ont largement alimenté la chronique depuis 2 ans, il n'en reste pas moins que seule l'ERSPC continue, malgré ses limites méthodologiques, de produire des résultats confirmant le bénéfice à 11 ans observé en termes de baisse de la mortalité spécifique, avec une baisse de 21 % de la mortalité pour les hommes de 55 à 69 ans, appartenant au bras du dépistage organisé.

L'étude de la cohorte de Göteborg, publiée dans le Lancet Oncology 2010, a montré un bénéfice du dépistage organisé en termes de baisse de la mortalité spécifique de 45 %, avec un recul de 14 ans.

Enfin, l'étude PLCO a montré que le dépistage organisé ne fait pas mieux que le dépistage opportuniste ou individuel : en effet, la méthode de l'étude a consisté à proposer un dépistage systématique à la moitié des hommes d'une population nord-américaine qui pratiquait déjà un dépistage individuel.

Les recommandations de l'AFU concernant le dépistage :

Les recommandations en onco-urologie publiées en 2010 par l'AFU sont les suivantes :

« Alors que le dépistage organisé est en cours d'évaluation, une détection précoce du cancer de la prostate peut être proposée à titre individuel après information objective, pour ne pas méconnaître et laisser évoluer un éventuel cancer agressif de la prostate. La détection précoce du cancer de la prostate repose actuellement sur un toucher rectal et un dosage du PSA total dont le rythme de réalisation reste à préciser. Le dépistage pourrait être recommandé à partir de 45 ans chez les hommes à haut risque de développer un cancer de la prostate : origine afro-antillaise ou antécédent familial (au moins deux cas collatéraux ou de survenue avant 55 ans). Le dépistage n'est pas recommandé chez les hommes dont l'espérance de vie est estimée inférieure à 10 ans en raison d'un âge avancé ou de co-morbidités sévères. »

Si le PSA est > 4 ng/ml, une consultation urologique est recommandée pour avis, en vue de l'indication d'une biopsie prostatique échoguidée (12 prélèvements). Dans certains cas, l'urologue peut choisir de ne pas réaliser la biopsie, par exemple, en cas de signes infectieux, de volume élevé de la prostate ou encore lorsque la cinétique du PSA est stable (en référence à des dosages antérieurs) (Réf. VILLERS A, et al. Dépistage Du Cancer De La Prostate. Recommandations De L'Association Française D'Urologie. Prog Urol 2003;13(2):209-14).

A l'issue de l'analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009 et au vu des travaux récents parus en France, la HAS a considéré qu'aucun élément scientifique nouveau n'est de nature à justifier la réévaluation de l'opportunité de la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA (Réf. Conclusions et avis de la HAS (rapport HAS Juin 2010 Dépistage du cancer de la prostate. Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009).

La HAS a établi des recommandations sur l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate et rappelle l'existence d'un guide d'information publié par l'ANAES en 2004, dont la mise à jour fait l'objet d'un travail auquel a participé l'AFU sous la coordination de l'INCa, en association avec la HAS. »

(Réf. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Septembre 2004.)

Le conseil scientifique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) recommande aux médecins généralistes de ne pas pratiquer de dépistage systématique (ou de masse) (Réf. Lebeau JP. Dépister le cancer de la prostate ne permet pas d'en réduire la mortalité à 20 ans. Exercer 2011;97:109-10).

Aux Etats-Unis, les recommandations de dépistage sont différentes de celles publiées en France. Le National Comprehensive Cancer Network recommande une valeur seuil de PSA de 2,5 ng/ml pour considérer l'opportunité d'une biopsie (<http://www.nccn.org>). La surveillance active des cancers à faible risque de progression est par ailleurs peu utilisée. La conséquence est l'importance (environ un tiers) des cas de sur-diagnostics et des sur-traitements. Cela a naturellement conduit à la rédaction d'un rapport défavorable à l'utilisation du PSA (Réf. Screening for prostate cancer: draft recommendation statement. Rockville, MD: U.S. Preventive Services Task Force, October 7, 2011 (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/draftrec3.htm>)).
Cependant, l'American Cancer Society avait déjà recommandé d'utiliser la valeur seuil de 4 ng/ml pour le PSA, comme c'est le cas en France depuis 2003, pour diminuer le sur-diagnostic (Réf. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Prostate Cancer Update 2010. CANCER J CLIN 2010;60:70-98).

Incidence en baisse en France depuis 2009

Avec 71 000 nouveaux cas par an (125,7/ 100 000 en taux standardisé monde), le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme.

Les projections ont supposé une stabilisation proche de 71 000 nouveaux cas par an entre 2005 et 2011. Cette stabilisation fait suite à une période de progression de l'incidence du cancer de la prostate qui a duré 25 ans, avec un rythme de progression de 8,5 % par an entre 2000 et 2005. L'augmentation relevée sur cette période est principalement due à l'avènement à la fin des années 1980, puis au développement des pratiques de dépistage fondées sur le dosage du PSA : il est peu plausible que cette augmentation se poursuive (Réf. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 78 p.).

De fait, la baisse de l'incidence a été mesurée dans une étude observationnelle. La tendance évolutive du nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate entre 2001 et 2009 a montré une baisse de l'incidence à partir de 2009. Le nombre estimé des cancers de la prostate en France est de 71 836 en 2007 et 58 330 en 2009 (Réf. Evaluation de l'incidence nationale du cancer de la prostate à partir des bases de données biopsiques dans 5 centres : S Crouzet, A Ruffion, A Houlgatte; C Cavillon, M Lacour, A Villers ; Résumé congrès de l'AFU 2011).

L'observation de l'évolution de la baisse du nombre de mise en ALD (inter-régimes) au motif d'un cancer de la prostate, passé de 54 194 en 2007 à 46 915 en 2009 va, elle aussi, dans le sens d'une diminution de l'incidence des cancers de la prostate en France.

La diminution concerne toutes les tranches d'âges, mais l'inversion de tendance a débuté plus tôt chez les hommes plus âgés. Chez les hommes âgés de plus de 75 ans, les taux de mise en ALD présentent un pic en 2001-2002 et 2004, pic souvent observé dans cette classe d'âge (Réf. Uhry Z, Remontet L, Grosclaude P, Belot A, Colonna M, Boussac-Zarebska M et al. Tendances récentes des données d'affections de longue durée : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers - Période 1997-2009. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. <http://www.invs.sante.fr>).

Concernant le niveau du PSA et le stade du cancer au moment du diagnostic, le groupe de patients avec un PSA <10ng/ml représentait 64,7 % des nouveaux cancers en 2007. La diminution du nombre de cancers diagnostiqués aux stades localement avancés et métastatiques est aussi observée. Le pourcentage de patients dont le cancer a été diagnostiqué à un stade précoce et évalué à faible risque de progression est estimé à 28 % (Réf. JNCI 101 :374 2009 Zeliadt SB JNCI 2011) (Réf. *Evaluation de l'incidence nationale du cancer de la prostate à partir des bases de données biopsiques dans 5 centres : S Crouzet, A Ruffion, A Houlgatte C Cavillon, M Lacour, A Villers Résumé congrès de l'AFU 2011*).

Mortalité en baisse constante depuis 1990

Le cancer de la prostate est la 3ème cause de mortalité par cancer chez l'homme avec 8 700 décès en France (projection pour l'année 2011). La mortalité est en baisse constante depuis 1990 : elle est passée de 17, 8/100 000 en 1990 (taux standardisé monde) à 10, 8/100 000 en 2011, soit une baisse de 26 % sur toute la période. Compte tenu de l'évolution démographique de la population masculine - donc de l'augmentation de la population exposée au risque - la réduction de la mortalité spécifique en France a été d'au moins **2,5 % par an les 10 dernières années** (Réf. *Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011*, <http://www.invs.sante.fr>, Belot A, Grosclaude P, et al. *Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun;56(3):159-75.*).

Plusieurs hypothèses peuvent rendre compte de cette baisse de la mortalité alors même que le taux d'incidence a augmenté fortement :

- Le développement du dépistage par le PSA qui a permis le diagnostic, à un stade précoce donc localisé, des cancers à haut risque, beaucoup plus curables que les stades avancés. Une modélisation a suggéré que plus de 50 % de cette réduction de mortalité est liée au dépistage (Réf. *Cancer Cases Control 2008;19:175-181*). L'évolution concomitante de l'accès à des prises en charge standardisées et à des progrès thérapeutiques y a aussi largement contribué (techniques de prostatectomie, radiothérapie conformationnelle, traitements locaux).
- L'augmentation de la survie des patients au stade métastatique, grâce aux traitements anti-tumoraux et aux soins de support. En effet, à ce stade, le traitement, même palliatif, entraîne une augmentation de la survie qui, fût-elle modeste, peut accroître la probabilité d'un décès lié à une autre cause que le cancer (compétitive). Cela peut donc diminuer la mortalité spécifique¹ observée.

Cette dernière hypothèse est cependant peu convaincante dans la mesure où 64 % des décès ont lieu chez les hommes avant 85 ans. Or, il a été observé que depuis 2009, le cancer toutes localisations confondues, était devenu la première cause de mortalité avant cet âge, prenant la place des maladies cardio-vasculaires (Réf. *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 78 p.*).

¹ C'est-à-dire la mortalité liée spécifiquement au cancer de la prostate.

Les recommandations de l'AFU en matière de traitement

Les recommandations concernant la surveillance active ont été précisées largement en 2010 et 2011.

« Cette surveillance doit être systématiquement considérée comme modalité thérapeutique en alternative aux autres traitements curatifs par chirurgie ou radiothérapie, lors des concertations pluridisciplinaires, pour tous les patients chez qui la biopsie permet de diagnostiquer un cancer de la prostate et qui entrent dans les critères de surveillance (encadré 1). En 2010, le comité de cancérologie de l'AFU rappelle : « le principe consiste à ne pas traiter immédiatement un cancer de la prostate (CaP) cliniquement localisé à (très) faible risque de progression chez des patients demandeurs ayant une espérance de vie > 10 ans. Contrairement à l'abstention-surveillance, la surveillance active est une option thérapeutique curative qui déplace le moment du traitement tout en restant dans la fenêtre de curabilité de la maladie ».

« Les critères de sélection retenus sont ceux du groupe de risque faible de D'Amico (PSA < 10 ng/ml et score de Gleason < 7 et stade clinique T1c ou T2a) associés à des critères biopsiques : 1 à 2 carottes biopsiques positives au maximum sur une série d'au moins 10 prélèvements, une longueur tumorale < 3 mm pour certains. ».

En novembre 2010, dans sa publication *Cancer Info*, l'INCa rappelle que, « du fait de l'évolution généralement lente de la maladie, une phase de surveillance peut parfois vous être proposée avant d'envisager la mise en route des traitements. On parle alors de surveillance active et de traitement différé. Cette modalité de prise en charge s'adresse aux patients atteints d'un cancer localisé à faible risque d'évolution. Elle repose sur une évaluation régulière de l'évolution de la maladie afin de différer au maximum la mise en route d'un traitement et donc la survenue de ses effets secondaires. »

Le rapport scientifique présenté par Bernard Malavaud et Xavier Rébillard, lors du congrès de l'AFU, en novembre 2011, était consacré aux facteurs prédictifs du cancer de la prostate, afin de contribuer aux progrès de la prise en charge, au plus proche des besoins de chaque patient. La place de la surveillance simple a été nettement précisée (*Réf. Urofrance rapport AFU congrès 2011*).

Le dosage des formes moléculaires du PSA, utilisé en association avec celui du PSA total et libre, pourrait avoir un intérêt discriminant, mais il demeure en cours d'évaluation.

Ainsi, l'association d'un panel de kallikréines (PSA libre, PSA intacte et hK2) au PSA total permettrait de diminuer de 50 % le nombre de biopsies inutiles. Cependant, elle ne permet pas de détecter 4 à 6 % de cancers dont 1 % de cancers de mauvais pronostic. Le Prostate Health Index utilisant le -2 Pro PSA est en cours de validation.

www.urofrance.org

Contact presse :

MHC Communication
Véronique Simon / Marie-Hélène Coste
38 avenue Jean Jaurès - 94110 Arcueil
01 49 12 03 43 / 07 77 69 05 80

Annexe 3. Consentement signé par les praticiens

Consentement

Thèse de Pierre VAILLANT.

Sujet : « Effet des dernières publications de la HAS concernant le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA auprès des médecins généralistes lorrains ».

Dans le cadre de la thèse de Pierre VAILLANT, je soussigné,
Dr accepte de répondre au questionnaire, et
accepte que mes réponses soient enregistrées puis utilisées de
manière anonyme, en vue d'une analyse globale.

Fait le

Annexe 4. Guide d'entretien

Questionnaire médical

Intro. Réponses les plus libres possible.

- **Q1.** Que faites vous en général devant une demande de dépistage de cancer de la prostate ?
 - A. Biologie
 - B. Clinique
- **Q2.** Quelle est votre démarche en ce qui concerne ce dépistage ?
 - A. Démarche systématique / annuelle
 - B. Opposition au dépistage
- **Q3.** Quels éléments influencent ou ont influencé cette démarche ?
 - A. Plainte fonctionnelle du patient
 - B. Inquiétude du patient
 - C. Expérience avec un autre patient
 - D. Que pensez vous des dernières recommandations de l' HAS et l'AFU en matière de dépistage de cancer de la prostate par dosage du PSA
- **Q4** (+/- entre Q1 et Q2). Quelles informations donnez vous aux patients en ce qui concerne le dosage du PSA ?

Si pas de dépistage : comment prenez vous en compte les patients ayant des facteurs de risque ?

- **Q5.** Comment a évolué votre pratique en fonction des dernières recommandations et quels éléments ont motivé ces changements ?
- **Si pas de Q4. Q6.** Le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA vous donne t il l'opportunité de discuter de sa prise en charge avec le patient ? (Décision éclairée ?)

Annexe 5. Codes et définitions

***Code : Age 50 ans**

Définition : âge qui détermine le début du dépistage

***Code : Accord sans discussion**

Définition : Acceptation du dépistage à la demande du patient sans en discuter

***Code : Refus**

Définition : Refus du dépistage après demande du patient

Citation :

E1 L4 : avant 50 ans non

***Code : Dépistage avant 50 ans**

Définition : Réalisation du dépistage avant 50 ans, en cas de cas de facteurs de risque de cancer de prostate

***Code : Difficulté de refus de prescription**

***Code : Sensibilisation du public**

Définition : Sentiment pour les médecins que l'incitation du grand public pèse lourd dans le dépistage du cancer de la prostate par PSA

***Code : Craintes des conséquences d'un non dépistage**

Définition : Peur de passer à côté d'un cancer sans avoir réalisé le dépistage et de ses conséquences

***Code : Part de la clinique**

***Code : Défiance du TR**

Définition : Impression que la réalisation du TR n'est pas fiable/ doute sur sa compétence à réaliser un TR fiable

***Code : Confiance dans le PSA**

Définition : Fiabilité ou non du test perçue par le médecin

***Code : Rapidité**

Définition : Rapidité de la prescription

***Code : Prescription systématique du PSA**

Définition : Prescription du PSA sans obligatoirement de discussion préalable ni de demande du patient

***Code : Fréquence de réalisation du PSA**

***Code : Avis sur les recommandations de la HAS**

***Code : Information de la prescription**

Définition : Information préalable du patient de la prescription du dosage

***Code : Demande du patient**

***Code : Demande d'accord**

***Code : Refus du dépistage par le patient**

***Code : Motif de refus du dépistage par le patient**

Définition : Croyance du médecin des motifs de refus du dépistage par le patient

***Code : Stratégie de prise en charge si PSA élevé**

***Code : Inconvénients de la biopsie**

Définition : Prise en compte des risques de la biopsie

***Code : Perception de la biopsie de prostate par le médecin**

***Code : Absence de discussion**

Définition : Absence de discussion avec le patient des conséquences du dosage avant de le prescrire ou de le réaliser

***Code : Influence des recommandations de la HAS sur la pratique**

Définition : Changement de pratique ou non après la sortie des recommandations de la HAS

***Code : Motivation**

Définition : Eléments motivant ou non la réalisation du dépistage et donc freinant ou non le changement de pratique : expérience, difficulté d'éducation du patient, etc.

***Code : Perplexité vis à vis des recommandations de la HAS/instances de la santé**

***Code : Doutes sur la conduite à tenir par rapport au dépistage par PSA**

Définition : Remise en question de ses pratiques

***Code : Croyance sur l'opinion des confrères sur le PSA**

***Code : Opposition au dépistage par PSA**

***Code : Négociation/information donnée au patient avant prescription du PSA**

Définition : La demande de prescription de PSA par le patient aboutit à des explications préalables données par le médecin.

***Code : Changement d'avis du patient après information**

Définition : Le patient ne souhaite plus le dépistage après avoir été informé des avantages et inconvénients du PSA

***Code : Accord après discussion si patient insistant**

Définition : Prescription du PSA si patient toujours demandeur ou angoissé après explications du dépistage, choix de la réalisation du dosage laissé au patient

***Code : Interrogatoire préalable à la prescription du PSA**

Définition : Demande du médecin afin que le patient explique pourquoi il veut un dépistage

***Code : Attente des patients vis à vis du dépistage**

Définition : Perception par le médecin de l'attente des patients par rapport au dosage du PSA

***Code : Prise en compte par le médecin des symptômes du patient**

***Code : Prise en compte par le médecin des patients présentant des facteurs de risque de cancer de prostate**

Définition : Prescription ou non du PSA aux patients avec facteurs de risque de cancer de prostate

***Code : Définition par le médecin des facteurs de risque de cancer de prostate**

Définition : Facteurs de risque de cancer de prostate non réellement définis

***Code : Difficulté de suivi du patient**

***Code : Prescription d'examen complémentaire avec le dosage du PSA**

***Code : Comparaison avec le dépistage du cancer du sein**

***Code : Prescription du PSA dans le cadre infectieux**

Définition : prescription du PSA pour diagnostic et suivi d'une prostatite

***Code : Age supérieur limite de prescription du PSA**

Définition : âge auquel le PSA cesse d'être prescrit

***Code : Connaissance des recommandations de la HAS et/ou de l'AFU en matière de dépistage par PSA**

***Code : Consignes données au patient avant de réaliser le PSA**

***Code : Prescription du PSA dans le cadre d'un bilan de santé**

***Code : Fréquence de réalisation du TR**

***Code : Difficulté de réalisation du TR pour le médecin**

***Code : Prescription du PSA après 75 ans**

***Code : Incertitude sur la prise en charge du cancer de la prostate en fonction de l'âge du patient**

***Code : Difficulté d'acceptation du toucher rectal par le patient**

Définition : Perception ou constatation par le médecin des raisons du refus du TR par le patient

***Code : Prescription non systématique du PSA**

***Code : Evolution de la pratique vers une prescription plus importante du PSA et un abandon du TR**

***Code : Utilité du PSA pour un suivi plus régulier du patient**

Définition : Impression du médecin que la demande de prescription de PSA par un patient permet un suivi médical plus régulier.

***Code : Jugement de la compétence médicale**

Définition : Impression par le médecin que ne pas prescrire le PSA faisait de lui un mauvais médecin aux yeux des patients.

***Code : Comparaison avec la prescription d'antibiotiques**

Définition : éducation du patient comparable dans les 2 cas

***Code : Non prescription du PSA après 75 ans**

Définition : Le praticien ne prescrit pas le PSA après 75 ans s'il existe des comorbidités.

***Code : Perplexité vis à vis de recommandations de l'AFU et de certaines études.**

***Code : Eléments justifiant l'absence de discussion**

Définition : Eléments de la consultation qui vont influencer sur la discussion préalable au dépistage ou son absence

***Code : Difficulté du changement de pratique**

Définition : Le changement de pratique est possible mais demande des efforts de pédagogie de la part du médecin

Annexe 6. Exemple d'entretien

PV : D'abord une question générale : que faites-vous quand un patient vous demande un dépistage du cancer de la prostate d'une façon générale ?

JMG : 9 fois sur 10 PSA

PV : 9 fois sur 10 D'accord.

JMG : même 10 sur 10.

PV : d'accord. Sur le plan clinique ?

JMG : de moins en moins de TR

PV : de moins en moins, vous sauriez expliquer pourquoi de moins en moins.

JMG : parce que ce n'est pas toujours vraiment contributif.

PV : d'accord. C'est pas toujours contributif ?

JMG : non

PV : vous préférez laisser ça à l'urologue ?

JMG : oui

PV : d'accord. Parce que vous trouvez que vous ne sentez pas grand-chose ou c'est quelque chose que vous avez du mal à réaliser ?

JMG : non on arrive à les faire mais bon...

PV : finalement vous n'avez jamais trop diagnostiquer finalement de...

JMG : au doigt, très peu.

PV : d'accord, ok

JMG : voilà

PV : et le PSA c'est plus...

JMG : et le PSA c'est flagrant

PV : d'accord

JMG : on surdiagnostique sûrement, mais j'en ai beaucoup plus avec des augmentations de PSA

PV : qu'avec des anomalies au TR

JMG : qu'avec des anomalies au TR. Voilà

PV : d'accord. Bon finalement ce n'est pas un doute sur la compétence, c'est plutôt, vous avez remarqué que vous ne trouvez pas de choses particulières ?

JMG : tout à fait

PV : d'accord. Pour préciser un peu, quelle est votre démarche en ce qui concerne ce dépistage, cette démarche qui est systématique, annuelle, sans forcément que le patient ne la demande ? Comment ça se passe, il y a un âge ? Il y a une tranche d'âge ? Comment vous fonctionnez ?

JMG : 55 c'est parti

PV : 55, d'accord et après c'est tous les ans ?

JMG : en général, oui

PV : 55 ans c'est-à-dire que c'est vous qui le proposez, si le patient ne le demande pas, j'entends, ou si vous le faites systématiquement, comme ça ?

JMG : je le fais systématiquement au cours d'un bilan. C'est dedans.

PV : d'accord, ok

JMG : un homme voire même 50, au-dessus de 50 ils ont un PSA

PV : d'accord. Plus 50 ?

JMG : oui plutôt 50 ; qu'on est une valeur référence

PV : et, est-ce que vous prenez en compte les patients qui ont des facteurs de risque ? Principalement familiaux, j'entends ?

JMG : oui, ceux-là c'est avant

PV : c'est avant, donc vous avancez le dépistage. D'accord. Alors, quels éléments influencent ou ont influencé cette démarche diagnostic, c'est-à-dire votre expérience, une formation, les demandes des patients ? Les inquiétudes ? Il y a différentes choses ou c'est, vous avez toujours fait comme ça et finalement vous trouvez que ça marche bien ?

JMG : au départ j'étais beaucoup plus toucher rectal et plus le temps passe moins je suis toucher rectal et plus je suis PSA

PV : c'est-à-dire qu'au départ vous en faisiez moins ?

JMG : au départ j'en faisais plus, plus de TR et moins de PSA. Maintenant c'est quasiment PSA même s'il n'y a pas de demande urologique particulière

PV : d'accord, ok. Et les patients sont demandeurs, d'après-vous ?

JMG : oui

PV : beaucoup oui

JMG : oui

PV : d'accord. Qu'est-ce que vous pensez, si vous les connaissez bien sûr, des dernières recommandations de l'HAS et ou de celles de l'association française d'Urologie en matière de dépistage du cancer de la prostate par PSA ? Vous avez le droit de ne pas les connaître.

JMG : alors, je les avais lues et en fait on n'était pas trop dans les bonnes pratiques puisque on en demande beaucoup trop, ils disent même en théorie qu'il ne faut pas en demander

PV : d'accord

JMG : enfin c'est ce que j'avais...

PV : en clair pour

JMG : ça ne rentre pas franchement dans le cadre d'un dépistage

PV : voilà, si vous voulez l'HAS ils sont assez clairs, il n'y a pas trop à discuter pour eux il n'y a pas de PSA à faire

JMG : tout à fait

PV : même chez le patient qui présente... la dernière reco qu'ils ont ajouté c'est même chez le patient qui présente des facteurs de risque pas de PSA, ils n'ont pas montré de bénéfice. Bon c'est ce que dit l'HAS

JMG : oui

PV : les urologues ils ont un discours qui est un petit peu différent quand même

JMG : tout à fait

PV : voilà. D'accord. Donc une autre question : qu'est-ce que vous donnez comme information au PSA quand vous.. au patient quand vous lui prescrivez le PSA ? ... si vous en donnez une ... par rapport à ce dépistage j'entends

JMG : alors euh, je donne l'information générale quand ils reviennent avec le résultat

PV : d'accord. Sur l'explication

JMG : où là j'explique

PV : vous expliquez en fait ce que l'on en attend et ça vous arrive de parler du coup du traitement forcément de ce qui va, de la possibilité ou d'une éventualité de traitement et comment ça se passe le traitement après ? Ou pas du tout ?

JMG : en cas de PSA élevé ou ?

PV : non même sans que, juste en cas de dépistage même si le PSA est normal.

JMG : non relativement peu

PV : d'accord

JMG : voilà

PV : OK

JMG : par contre s'il y a la moindre anomalie au PSA et qu'on a demandé par la suite le rapport, là on explique. Enfin J'explique.

PV : d'accord, c'est-à-dire qu'à la prescription vous dites on fait un PSA, vous n'expliquez pas ce qu'on en attend et ce qu'il est possible, de ce qui arrive

JMG : voilà.

PV : d'accord, ok, d'accord

JMG : habituellement le PSA n'est pas seul. Ça rentre dans le cadre d'un bilan ... où il y a cholestérol, glycémie...

PV : d'accord

JMG : et tout le reste

PV : ok. Donc dernière question : si elles ont évolué, comment ont évoluées vos pratiques en fonction des dernières recommandations ? Finalement elles n'ont pas évolué ?

JMG : non puisque je n'en tiens pas compte

PV : d'accord. Mais vos pratiques ont quand même évolué

JMG : mes pratiques ont évolué, elles se sont tournées « entre guillemets » plus vers le PSA puisque, de manière factuelle les 5 derniers que j'ai dépistés c'est des hommes de moins de 50

PV : oui

JMG – euh un peu gênant quand même où il n'y avait rien du tout en dehors d'un PSA qui était élevé quoi.

PV : d'accord. Donc vous l'aviez fait car ils avaient quand même des antécédents familiaux je pense ? D'accord. Donc vous avez quand même une expérience qui vous fait faire...

JMG : 48, 50, 52 ans, euh bon

PV : oui, d'accord, donc il y a quand même votre expérience qui joue en compte... qui est prise en compte.

JMG : oui

PV : ok, parfait et bien merci.

Annexe 7. Éléments d'information destinés aux médecins concernant la première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique

MARS
2016

ÉLÉMENTS D'INFORMATION
DESTINÉS AUX MÉDECINS
CONCERNANT

LA PREMIÈRE PRESCRIPTION DU PSA CHEZ L'HOMME ASYMPTOMATIQUE

Ce document reprend les recommandations actuelles et des éléments de contexte pour vous donner une information sur les bénéfices et les risques du dépistage du cancer de la prostate chez un homme asymptomatique pour un premier dosage du PSA.

La dernière page de ce document pourra vous aider lors de la consultation si ce sujet est abordé avec un de vos patients.

Après avis de la HAS

POURQUOI CE DOCUMENT ?

La question du dépistage du cancer de la prostate et de ses modalités se pose fréquemment en médecine générale. **S'agissant d'un cancer dont l'évolution est le plus souvent lente, ce dépistage fait l'objet de débats par la communauté médicale et scientifique internationale.** En effet, l'enjeu est de déterminer si les bénéfices du dépistage sont supérieurs aux inconvénients des examens qu'il entraîne en cas de suspicion d'un cancer, ainsi que des traitements éventuels auxquels sont exposés les patients lorsqu'un cancer est détecté.

Des études qui font débat.

Deux études majeures font référence pour le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA : l'étude européenne ERSPC¹ et l'étude américaine PLCO².

Or, les résultats de ces deux essais randomisés, qui avaient notamment pour objectif d'évaluer l'effet d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par le PSA sur la mortalité spécifique de ce cancer, apparaissent contradictoires. Une méta-analyse³ comprenant ces deux études ne met **pas en évidence d'effet significatif en termes de réduction de la mortalité** par cancer de la prostate.

Ces deux études, **critiquées** au regard de leur qualité inégale et de biais méthodologiques, **ne permettent pas de conclure sur les bénéfices du dosage du PSA**, ni sur l'impact d'un dépistage ponctuel ou régulier sur la mortalité*.

* Pour en savoir plus : Institut national du cancer, Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA, Mars 2015

Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate – Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. (HAS, juin 2010).

Au vu des incertitudes, des faiblesses et des résultats discordants de ces deux études, ni la France ni aucun autre pays n'a déployé, à ce jour, de programme de dépistage organisé du cancer de la prostate.

Dans ces conditions, il est établi qu'**aucun homme ne doit s'engager dans une démarche de dépistage sans avoir été tenu informé, au préalable, de l'ensemble des bénéfices, des limites du dosage du PSA et des risques éventuels du traitement du cancer de la prostate** lui permettant de prendre une décision éclairée. Cette discussion éclairée doit être idéalement guidée par des outils décisionnels pour faciliter la compréhension⁴.

¹ Schroder, F. H., J. Hugosson, et al. (2012). «Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up.» N Engl J Med 366(11): 981-90.

² Andriole, G. L., E. D. Crawford, et al. (2012). «Prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: Mortality results after 13 years of follow-up.» Journal of the National Cancer Institute 104(2): 125-132.

³ Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD004720. Mortality results after 13 years of follow-up.» Journal of the National Cancer Institute 104(2): 125-132.

⁴ Les cancers en France, édition janvier 2014, Collection Les Données, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, janvier 2015.

RECOMMANDATIONS ACTUELLES SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE PAR DOSAGE DU PSA

1. RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Dès 2004, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) précisait que « le bénéfice en termes de réduction de mortalité globale d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré ».⁵

Depuis la publication des études PLCO et ERSPC en mars 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a confirmé cette position et rappelé que « les études à long terme montrent que la prise en charge précoce d'un cancer de la prostate chez un homme sans symptômes ne permet ni d'allonger son espérance de vie, ni d'améliorer sa qualité de vie ».⁶

Dans **son avis de février 2012⁷, la HAS** rappelle que « conformément à ses précédents avis, **les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage systématique en population générale du cancer de la prostate par dosage du PSA** ».

Concernant les populations à haut risque (hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate et les personnes d'origine africaine ou antillaise), la HAS indique :

- « qu'en l'état actuel des connaissances, des difficultés sont identifiées pour définir et repérer des populations masculines à plus haut risque de développer un cancer de la prostate ;
- que l'identification des groupes d'hommes plus à risque de développer un cancer de la prostate ne suffit pas à elle seule à justifier un dépistage ;
- qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA dans des populations masculines considérées comme plus à risque ».⁷

2. L'AVIS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE (AFU)

En 2013, l'AFU « recommande une détection précoce individualisée du cancer de la prostate avec une information éclairée sur les modalités, les enjeux et les risques éventuels liés aux différentes stratégies de prise en charge avec pour objectif essentiel de ne pas méconnaître un cancer agressif. La détection est fondée sur le toucher rectal (TR) et le dosage du PSA total chez les hommes sans polypathologie à partir de 50 ans. Un TR suspect (induration) est une indication de biopsies prostatiques quelle que soit la valeur du PSA, sauf chez les patients dont l'espérance de vie est limitée. **Le dépistage n'est pas recommandé chez les hommes dont l'espérance de vie est estimée inférieure à 10 ans** en raison d'un âge avancé ou de comorbidités sévères. Le contrôle de la valeur du PSA après 50 ans reste un élément prédictif du risque de survenue d'un cancer de la prostate au cours de sa vie. Les modalités de suivi et l'intervalle entre les dosages varient en fonction de la valeur initiale du PSA et de sa cinétique d'évolution ».⁸

⁵ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate - Document à l'usage des professionnels de santé - Recommandations pour la pratique clinique. (ANAES, septembre 2004).

⁶ Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate – Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. (HAS, juin 2010).

⁷ Haute Autorité de Santé. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? - Rapport d'orientation. (HAS, février 2012).

⁸ CCAFU. Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Cancer de la prostate.

⁹ Collège de la Médecine Générale. Vous avez dit « prostate ! », comme c'est bizarre... Communiqué du 1^{er} février 2011. CMG ; 2011.

¹⁰ Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : Donnons les mêmes chances à tous, partout en France.

3. L'AVIS DU COLLÈGE NATIONAL DES GÉNÉRALISTES ENSEIGNANTS ET DU COLLÈGE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

En juin 2011, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) indiquait également qu'« il n'existait **aucun argument pour recommander un dépistage systématique du cancer de la prostate par le toucher rectal et/ou le dosage du PSA** et qu'en dehors de situations particulières à risque ou de demande individuelle de patients bien informés au préalable, le CNGE recommandait aux médecins généralistes de ne pas pratiquer de dépistage systématique ».

En 2011, le Collège de la Médecine Générale (CMG) considère qu'« assimiler les cellules cancéreuses prostatiques à un cancer maladie est un abus de langage qui explique la difficulté à communiquer sur ce sujet difficile ». Le CMG invite les médecins généralistes « **à informer clairement les hommes de plus de 50 ans à la fois sur les avantages espérés et les inconvénients potentiels du toucher rectal et du dosage du PSA dans le sang**, tant que persisteront des inconnues sur le rapport bénéfices-risques d'un dépistage systématique du cancer de la prostate ».⁹ Il est essentiel de ne pas entretenir la confusion entre dépistage et diagnostic.

En mars 2014, le CMG communiquait sur le processus de prise de décision partagée, comme « modèle de fonctionnement reconnu comme nécessaire ».

4. LE PLAN CANCER 2014-2019¹⁰

« Le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA présente de nombreuses limites ayant conduit la HAS à ne pas recommander son utilisation en population en raison du risque de surtraitement. »
« Les personnes s'engageant dans une démarche de dépistage doivent être en capacité de comprendre à partir d'informations fiables et objectives la proposition qui leur est faite et de **décider de façon éclairée d'y adhérer.** »

5. RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES

À ce jour, **aucune agence ou autorité sanitaire dans le monde n'a rendu d'avis favorable à la mise en place d'un programme de dépistage systématique** du cancer de la prostate par dosage du PSA. Par ailleurs, aucune recommandation ne propose en routine le dosage du PSA chez les hommes asymptomatiques non informés et non consentants.

SYNTHÈSE

En France et à l'étranger, aucune autorité sanitaire ni aucune société savante ne recommande le dépistage systématique par dosage du PSA chez les hommes sans symptômes.

Toutes les recommandations rappellent que les hommes qui envisagent de réaliser les tests de dépistage du cancer de la prostate (toucher rectal et dosage du PSA) doivent être clairement informés des avantages et des inconvénients de ce dépistage.

LE CANCER DE LA PROSTATE : UN CANCER « PAS COMME LES AUTRES »

- En France, avec 56 840 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer de la prostate reste **le cancer le plus fréquent chez l'homme** (28 % des cancers).¹¹
- La comparaison avec d'autres pays positionne la France parmi les pays où l'incidence (standardisée par âge) est la plus élevée : 98/100 000 contre 70/100 000 dans l'ensemble de l'Union européenne.¹² L'incidence du cancer de la prostate est en très forte augmentation, par effet combiné du vieillissement de la population, de l'amélioration des moyens diagnostiques et de la diffusion de la technique de dépistage par dosage du PSA.¹³
- Le cancer de la prostate se place au **troisième rang en termes de mortalité par cancer chez l'homme** (à l'origine de 8 876 décès en 2012, soit 10 % des décès par cancer et 3 % des décès masculins toutes causes).¹¹
- Le cancer de la prostate est **majoritairement un cancer à évolution lente (10 à 15 ans)**, le plus souvent n'induisant pas de symptômes et n'engageant pas le pronostic vital. Cependant, certaines formes sont agressives et létales. L'histoire naturelle de la maladie est mal connue. On ne sait pas reconnaître, parmi les cancers asymptomatiques, ceux qui resteront latents et ceux qui évolueront.¹¹
- Compte tenu de ce temps de progression lent, plus de 3 décès sur 4 par cancer de la prostate surviennent après 75 ans. Chez l'homme, en 2009, l'âge médian au décès par cancer de la prostate est estimé à 83 ans.¹¹

SYNTHÈSE

De tous les cancers, le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme, mais il est le plus souvent d'évolution très lente. La durée d'évolution avant que n'apparaissent des symptômes est de 10 à 15 ans en moyenne.

Il est à l'origine de 3 % des décès masculins toutes causes, et 3 décès sur 4 par cancer de la prostate surviennent après 75 ans.

¹¹ Les cancers en France, édition janvier 2014, Collection Les Données, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, janvier 2015. L'estimation 2012 pour l'incidence du cancer de la prostate repose sur une hypothèse de stabilité des taux d'incidence entre 2009 et 2012.

¹² GLOBOCAN 2012. The International Agency for Research on Cancer (IARC): Estimated cancer incidence, Mortality and prevalence worldwide in 2012.

¹³ Institut national de veille sanitaire, Réseau français des registres de cancer, Institut national du cancer, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Hôpitaux de Lyon, Belot, A., et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. Saint Maurice: INVS; 2008. www.invs.sante.fr/publications/2009/estimation_cancer_1980_2005/estimation_cancer_1980_2005.pdf

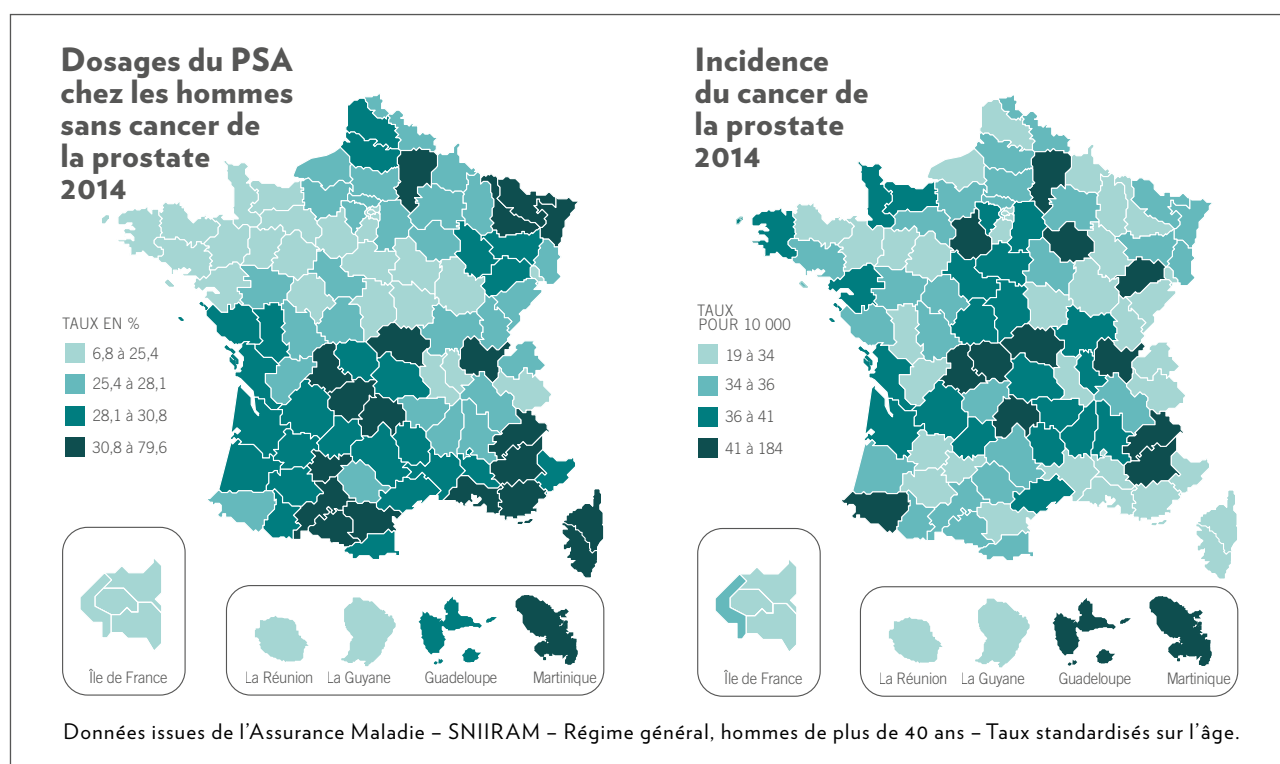
¹⁴ Stamey TA, Yang N, Hay AR, McNeal JE, Freiha FS, and Redwine E. Prostate-specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of the prostate. NEJM 317:909-916, 1987.

¹⁵ Sniiram - Régime général, 2014.

ÉTAT DES LIEUX SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

L'évolution des modalités diagnostiques depuis la fin des années 1980 (diffusion du dosage du PSA¹⁴ associé à une standardisation des techniques de biopsies prostatiques) a conduit à une augmentation majeure de l'incidence du cancer de la prostate par la détection de tumeurs de petite taille, le plus souvent de moindre agressivité.

- Bien qu'il n'y ait pas de programme de dépistage organisé du cancer de la prostate en France, sur la période comprise entre 2012 et 2014 (3 ans), **62 % des hommes âgés de 50 à 69 ans avaient réalisé au moins un dosage du PSA** (sans cancer déclaré dans les bases de l'Assurance Maladie au moment du dosage). Pour les hommes de **plus de 75 ans, ce taux est de 68 %** sur la période 2012-2014 (3 ans).¹⁵
- Depuis 2012, une évolution des pratiques est constatée avec une diminution de 3% du nombre d'hommes de plus de 40 ans (sans cancer déclaré) ayant réalisé au moins un dosage du PSA.
- Des différences de prescriptions du PSA et d'incidence du cancer entre les départements sont visibles, comme le montrent les cartes ci-dessous :



SYNTHÈSE

En France, entre 2012 et 2014, 62 % des hommes âgés de 50 à 69 ans sans cancer de la prostate déclaré, ont réalisé au moins un dosage du PSA et ce taux est de 68 % pour les hommes de plus de 75 ans.

LES QUESTIONS QUE SOULÈVE LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

LE DOSAGE DU PSA

La valeur du PSA doit être interprétée en fonction du contexte clinique¹⁶:

- Au seuil de 4 ng/mL, la sensibilité du dosage du PSA sérique total pour le diagnostic précoce du CaP est de l'ordre de 75 % et la spécificité de l'ordre de 90 % ;
- le test peut être faussement négatif et rassurer à tort celui qui le fait ; la valeur prédictive négative (VPN) est de 90 %, ce qui signifie que, parmi les hommes qui ont un PSA total < 4 ng/mL, un sujet sur 10 a un cancer et 9 sur 10 n'ont pas de cancer ;
- la valeur prédictive positive (VPP) est de 30 %, ce qui signifie que, parmi les hommes qui ont un PSA total > 4 ng/mL, 3 sur 10 ont un cancer de la prostate et 7 sur 10 n'en ont pas ;
- le test peut détecter sur les biopsies des cancers d'évolution lente (cancer de la prostate dit indolent) ou des cancers considérés comme cliniquement non significatifs (de petit volume et de faible grade) ou des formes tardives pour lesquelles aucun traitement ne serait mis en oeuvre.

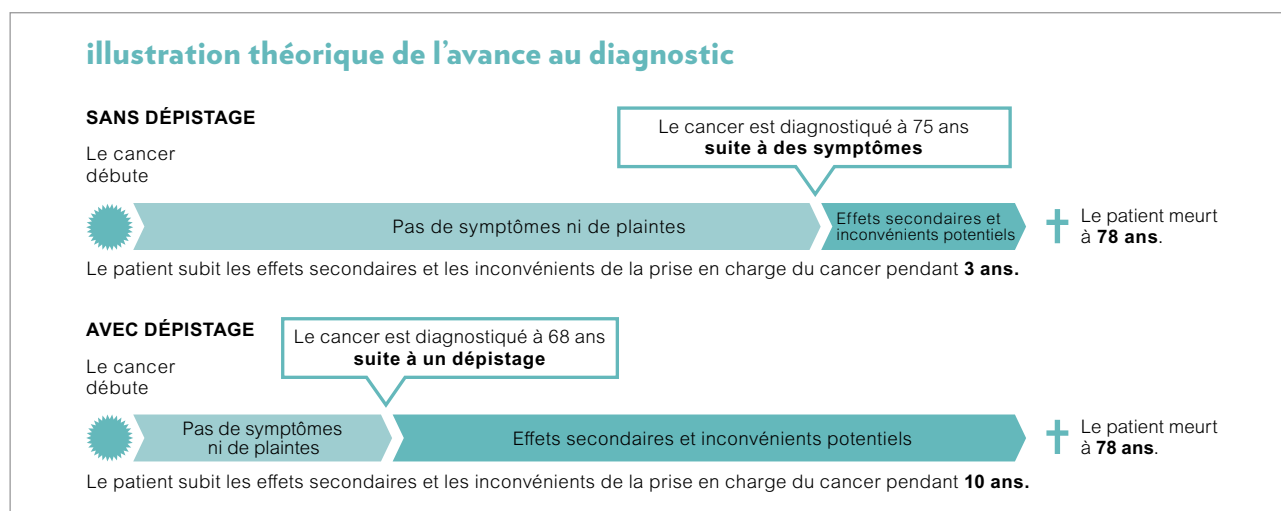
L'utilisation du PSA libre n'est pas recommandée en 1^{re} intention comme examen de dépistage.

Il n'a pas été prouvé que les techniques dérivées du dosage du PSA sérique (PSA ajusté sur l'âge, densité du PSA et vélocité du PSA) aient un intérêt pour le dépistage du cancer de la prostate.

À l'heure actuelle, **rien ne permet de distinguer les tumeurs agressives** des cancers qui resteront à faible risque évolutif et, qui sont les plus fréquents. La principale difficulté du dépistage du cancer de la prostate réside dans l'évaluation de son bénéfice pour le patient en tenant compte des **risques de surdiagnostic** (diagnostic d'un cancer qui ne se serait jamais révélé du vivant de la personne) **et de surtraitement** (traitement d'un cancer sans impact sur le pronostic de la maladie).¹⁷

L'AVANCE AU DIAGNOSTIC¹⁸

Lorsqu'un cancer de la prostate a été identifié, l'homme atteint devient « malade du cancer ». Pour la majorité de ceux qui étaient en « bonne santé », il s'agit d'une perte définitive de cette « bonne santé ». Avec un dépistage, ceci interviendrait en moyenne 7 ans plus tôt que si ce cancer avait été diagnostiqué à la suite d'un symptôme. Ils pourront avoir alors des inconvénients et des séquelles de la prise en charge, en moyenne 7 ans plus tôt que les patients diagnostiqués à la suite de symptômes.¹⁹



¹⁶ Institut national du cancer, Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA, Mars 2015.

¹⁷ Delpierre C. et al. Life expectancy estimates as a key factor in over-treatment: The case of prostate cancer. Cancer Epidemiology 37 (2013) 462-468.

¹⁸ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de Belgique. Outil d'aide à la décision en cas de demande d'un dépistage du cancer de la prostate par PSA. KCE Reports 224B. 2014.

¹⁹ Finne P., Fallah M. et al. Lead-time in the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer. Eur J Cancer. 2010 Nov. ;46(17): 3102-8.

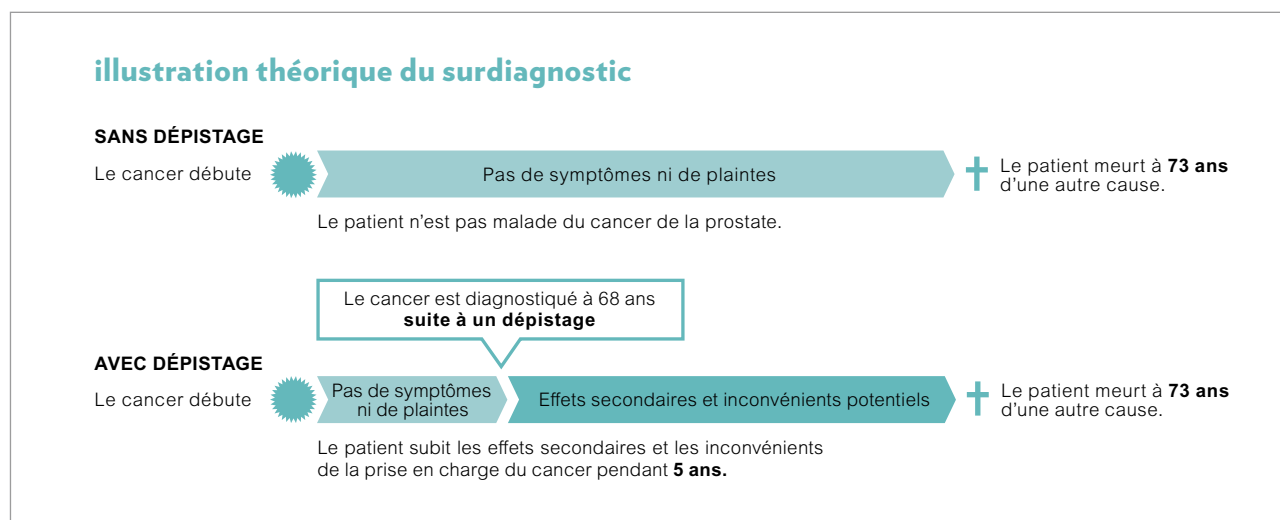
LE SURDIAGNOSTIC ET LE SURTRAITEMENT

Comme toute démarche de dépistage, le dépistage du cancer de la prostate a également pour limites un risque de surdiagnostic et de surtraitement.

Le surdiagnostic (qui peut varier de 30 % à 50 % selon la littérature) est inhérent à la démarche de dépistage. Il est illustré dans la figure ci-dessous extraite d'un document d'information des médecins belges élaboré par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE, 2014).¹⁸

Il correspond à la détection de lésions cancéreuses réelles mais qui n'auraient pas donné de symptômes du vivant de la personne ou n'auraient pas conduit au décès de la personne. Les personnes concernées n'auront donc pas tiré de bénéfice du dépistage ; en revanche, elles sont à risque de **surtraitement** et exposées aux effets secondaires et inconvénients potentiels liés à la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Enfin, le surdiagnostic a pour effet néfaste d'étiqueter des hommes a priori en bonne santé en individus malades, de les soumettre à des examens diagnostiques itératifs invasifs (biopsies de la prostate), d'augmenter leur niveau d'anxiété et de les exposer aux complications des traitements.



Dans cet exemple, avec le dépistage, le cancer est diagnostiqué à l'âge de 68 ans. Il serait devenu symptomatique 7 ans plus tard, soit à l'âge de 75 ans. Or le patient meurt à 73 ans d'une autre cause. En l'absence de dépistage, le patient n'aurait jamais souffert de ce cancer.

Une étude française rapporte qu'entre 7,7 % et 24,4 % des patients ayant eu une ablation de la prostate, et entre 30,8 % et 62,5 % de ceux recevant une radiothérapie seraient surtraités.¹⁷

LES TRAITEMENTS ET EFFETS SECONDAIRES

Les traitements proposés après diagnostic du cancer de la prostate ne font pas l'objet de ce document.

Pour plus d'informations sur ce sujet, vous pouvez consulter le guide à destination des patients Cancer Info : « Les traitements du cancer de la prostate », publié par l'Institut national du cancer.

Pour autant, il a semblé utile de rappeler les différents effets secondaires constatés de ces principaux traitements. Le détail est donné sur la page suivante.

PARCOURS DES HOMMES DE 50 À 69 ANS AYANT RÉALISÉ UN DOSAGE DU PSA EN 2012

À noter : les données sont issues des bases de données de l'Assurance Maladie – SNIIRAM du Régime général hors SLM, couvrant environ 75 % de la population totale des hommes en France. Les bases ne contenant que des soins remboursés, elles sous-estiment le nombre de biopsies, de complications et d'effets secondaires.

1 931 800 HOMMES ENTRE 50 ET 69 ANS ONT EU UN DOSAGE DU PSA remboursé en 2012 sans cancer documenté dans les bases de données de l'Assurance Maladie au moment du dosage. **Soit 36 % de cette tranche d'âge.***

36 000 HOMMES ONT EU UNE BIOPSIE PROSTATIQUE dans les 12 mois qui suivent le dosage du PSA. **Soit 2 % des hommes ayant eu un dosage du PSA.***

14 500 HOMMES ONT EU UN CANCER DE LA PROSTATE incident diagnostiqué dans les 12 mois qui suivent le dosage du PSA. **Soit 0,7 % des hommes ayant eu un dosage du PSA.***

11 600 HOMMES ONT ÉTÉ TRAITÉS dans les deux ans après un diagnostic du cancer. **Soit 0,6 % des hommes ayant eu un dosage du PSA.***

5 800 HOMMES ONT EU UNE OU PLUSIEURS COMPLICATIONS dans les deux ans après le diagnostic de ce cancer. **Soit 0,3 % des hommes ayant eu un dosage du PSA et 50 % des hommes traités.***

DÉTAIL DES COMPLICATIONS*

Les bases de données de l'Assurance Maladie ne contenant que des soins **remboursés**, elles sous-estiment les complications et les effets secondaires

	Groupe témoins <u>sans cancer*</u> Données 2014		Tous cancers de la prostate traités
	Hommes de 50 à 69 ans sans pathologie prostatique	Après chirurgie de l'HBP***	
Complications**	1,8 %	16 %	50 %
Troubles de l'érection	0,5 %	1,2 %	34 %
Incontinence	1 %	9,1 %	21 %
Rétention aiguë d'urine	0,3 %	7,3 %	5 %
Sténose de l'urètre	0,1 %	1,8 %	3 %
Autres effets secondaires	0,1 %	0,6 %	2 %
Sans complications repérées dans les bases de remboursement	98,2 %	84 %	50 %

* Données issues de l'Assurance Maladie – SNIIRAM – Régime général hors Sections Locales Mutualistes.

** Les complications peuvent être cumulatives.

*** Hypertrophie bénigne de la prostate.

²⁰ Haute Autorité de Santé. Détection précoce du cancer de la prostate – Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de sante (EPS) – Mai 2013.

Complications de la biopsie²⁰

Les complications liées aux biopsies sont à type :

- d'hémospémie (37 % des cas)
- d'urétrorragie d'une durée > 24 heures (14 % des cas)
- de fièvre (1 % des cas)

Le taux des complications infectieuses sévères et des rétentions aiguës d'urines rapportées après biopsies prostatiques est inférieur à 5 %.

Part des traitements*

- 80 % traités dans les 2 ans après un diagnostic de cancer de la prostate
- 53 % prostatectomie (dont 82 % prostatectomie isolée)
- 26 % hormonothérapie (dont 38 % hormonothérapie isolée)
- 23 % radiothérapie (dont 18 % radiothérapie isolée)
- 20 % sans traitement

Détails des complications – Cancer de la prostate traité

Prostatectomie		Radiothérapie externe		Hormonothérapie	
Isolée	Avec autre traitement	Isolée	Avec autre traitement	Isolée	Avec autre traitement
64 %	62 %	28 %	40 %	15 %	40 %
51 %	42 %	5 %	19 %	3 %	17 %
24 %	30 %	16 %	22 %	7 %	23 %
4 %	4 %	11 %	6 %	7 %	8 %
3 %	5 %	2 %	2 %	1 %	3 %
1 %	2 %	4 %	3 %	1 %	3 %
36 %	38 %	72 %	60 %	85 %	60 %

50 % des hommes de 50 à 69 ans traités pour cancer de la prostate présentent des complications (troubles de l'érection, incontinence...) en lien avec ces traitements et bénéficiant d'un remboursement par l'Assurance Maladie. Or, sur la même tranche d'âge (50-69 ans), seuls 2 % des hommes sans cancer de la prostate diagnostiqué et sans chirurgie de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) font l'objet d'une prise en charge pour ces complications. Le taux passe à 16 % pour les hommes avec une HBP, mais il est probablement sous-estimé car la plupart des traitements prescrits ne sont pas remboursés.

Les troubles digestifs ne sont pas identifiables, mais selon différentes études reprises par la HAS, ils pourraient concerner entre 6 % et 36 % des hommes ayant eu une radiothérapie externe.

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE

Les éléments suivants peuvent être abordés lors de la consultation quand vous souhaitez prescrire ou si un patient asymptomatique sollicite un premier dosage du PSA.

L'ESSENTIEL DES RECOMMANDATIONS

En France et à l'étranger, **aucune autorité sanitaire ni aucune société savante ne recommande le dépistage systématique par dosage du PSA chez les hommes sans symptômes**. La HAS précise qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par le toucher rectal et par le dosage du PSA, y compris dans des populations considérées comme plus à risque.

Toutes les recommandations rappellent que les hommes qui envisagent de passer les tests de dépistage du cancer de la prostate doivent **être clairement informés des avantages et des inconvénients de ce dépistage**.

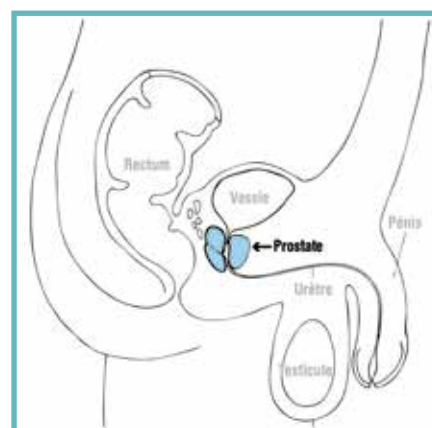
L'utilisation du PSA libre n'est pas recommandée en première intention comme examen de dépistage.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

De tous les cancers, **le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme, mais il est le plus souvent d'évolution très lente**. Sa durée d'évolution est de 10 à 15 ans en moyenne avant que n'apparaissent des symptômes.

Le dosage du PSA comme test de dépistage est insuffisamment fiable et précis (VPP=30 %, VPN=90 %).

Il n'existe pas aujourd'hui de marqueur ou d'examen qui permette d'identifier précocement les formes de cancer de la prostate qui ont un risque d'évoluer de manière défavorable.



DISCUTER LE BÉNÉFICE DU DOSAGE DU PSA CHEZ UN PATIENT ASYMPTOMATIQUE

Le bénéfice du dépistage du cancer de la prostate par le PSA doit être discuté au regard des inconvénients des examens et des traitements auxquels seraient soumis les patients si un cancer était détecté.

Les deux études de référence sur le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA présentent des **résultats contradictoires, et ne permettent pas de conclure sur les bénéfices du dosage du PSA**, ni sur l'impact d'un dépistage ponctuel ou régulier sur la mortalité.

Parmi les hommes de 50 à 69 ans traités pour un cancer de la prostate en 2012 en France, **50 % ont présenté une ou plusieurs complication(s) nécessitant un traitement** avec notamment des troubles de l'érection pour 34 % des hommes, une incontinence urinaire pour 21% des hommes.

Si votre patient souhaite des informations complémentaires, vous pouvez lui remettre la brochure « Dépistage du cancer de la prostate : s'informer avant de décider ». Il pourra notamment la lire chez lui, seul ou avec son entourage. Vous pouvez la commander gratuitement en ligne sur www.e-cancer.fr

Pour en savoir plus : Institut national du cancer, Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA, Mars 2015.

Annexe 8. Le dépistage du cancer de la prostate, s'informer avant de décider

**LE DÉPISTAGE
DU CANCER
DE LA PROSTATE**

**S'INFORMER
AVANT
DE DÉCIDER**

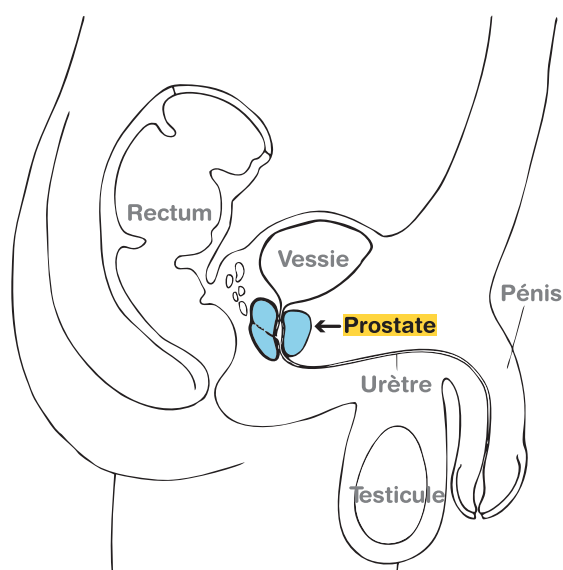
La décision de s'engager dans une démarche de dépistage du cancer de la prostate est un choix personnel qui nécessite d'être réfléchi.

Si vous vous posez des questions sur le dépistage du cancer de la prostate ou si vous envisagez de le réaliser, à votre initiative ou celle de votre médecin, **il est important que vous soyez informé de l'ensemble des avantages, inconvénients et conséquences des examens de dépistage.**

Le but de cette brochure est de vous fournir les informations nécessaires pour vous aider à mieux comprendre ce dépistage et à aborder cette question avec votre médecin.

Information préalable sur le cancer de la prostate

- La prostate est une glande sexuelle masculine. Après 50 ans, elle peut être atteinte par des maladies beaucoup plus fréquentes que le cancer, comme l'hypertrophie bénigne de la prostate ou la prostatite, qui sont susceptibles de provoquer des troubles urinaires.



- Le cancer de la prostate est **le cancer le plus fréquent chez les hommes mais pas le plus meurtrier**. C'est la troisième cause de décès par cancer derrière le cancer du poumon et le cancer colorectal.
- **Fortement lié à l'âge**, le cancer de la prostate est rare avant 50 ans et c'est autour de **70 ans que le nombre de cas est le plus élevé**. Trois quarts des décès ont lieu après 75 ans.
- Il touche plus fréquemment les hommes ayant **des antécédents familiaux** (père, frère, fils...) de cancer de la prostate et les **personnes d'origine africaine ou antillaise**.
- Il évolue le plus souvent lentement, sur **10 à 15 ans** en moyenne avant que n'apparaissent des symptômes. Mais certains cancers de la prostate agressifs peuvent évoluer plus rapidement et entraîner des métastases.

**LES SIGNES
QUI DOIVENT
VOUS INCITER
À CONSULTER**

Si vous avez des inquiétudes concernant des troubles urinaires (difficulté ou incapacité à uriner, besoin plus fréquent d'uriner, douleurs ou brûlures...), des éjaculations douloureuses ou des troubles de l'éjaculation, consultez votre médecin pour les lui signaler. Cela ne signifie pas nécessairement que vous avez un cancer. L'hypertrophie bénigne de la prostate ou la prostatite peuvent avoir des symptômes similaires à ceux du cancer de la prostate.

L'ESSENTIEL

> UN DÉPISTAGE QUI N'EST PAS RECOMMANDÉ

Il n'existe pas en France, ni dans aucun autre pays, de programme national de dépistage du cancer de la prostate s'adressant aux hommes de manière systématique. En effet :

- **Le bénéfice du dépistage du cancer de la prostate n'est pas clairement démontré** : il n'est pas certain que ce dépistage permette d'éviter des décès liés au cancer de la prostate. Les deux plus importantes études scientifiques internationales ont des résultats contradictoires sur ce point ;
- **Le dosage du PSA⁽¹⁾ et le toucher rectal comme tests de dépistage sont insuffisamment fiables** ;
- Ce dépistage expose au risque de détecter et de soigner de nombreux cancers de la prostate qui n'auraient eu aucune conséquence pour les hommes et n'auraient donc pas nécessité de traitement. En effet, ce cancer évoluant habituellement lentement, sur plusieurs années, **de nombreux cancers de la prostate restent « latents »** ;
- Or **les conséquences physiques** (risque d'incontinence, d'impuissance, de troubles intestinaux...) **et psychologiques** du diagnostic et des traitements du cancer de la prostate **peuvent être importantes**.

> MAIS UN CHOIX PERSONNEL À DISCUTER AVEC VOTRE MÉDECIN

Cependant, pour un homme dont le cancer deviendrait agressif, le dépistage peut être bénéfique. Mais actuellement, il est impossible de savoir, au moment du diagnostic, si un cancer détecté à un stade précoce deviendra agressif ou non. Malgré les inconvénients de ce dépistage et les incertitudes sur les bénéfices, certains hommes peuvent donc considérer, en lien avec leur médecin, qu'un dépistage du cancer de la prostate est envisageable.

Il s'agit d'un choix qui mérite d'être réfléchi et discuté avec votre médecin.

(1) Antigène prostatique spécifique.

CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

› LE TOUCHER RECTAL ET LE DOSAGE DU PSA : DES TESTS DE DÉPISTAGE INSUFFISAMMENT FIABLES

- **Le toucher rectal** (examen de la prostate en introduisant un doigt ganté dans le rectum) permet au médecin de vérifier le volume, la consistance et la texture de la surface de la prostate. Cet examen est inconfortable mais indolore.
- **Le dosage du PSA** (antigène prostatique spécifique) permet, via une prise de sang, de mesurer le taux de PSA dans le sang. Le PSA est une protéine produite par la prostate, présente normalement en faible quantité dans le sang.
Il existe des précautions à prendre avant de réaliser un dosage du PSA (éviter de le réaliser dans les jours suivant un rapport sexuel ou un toucher rectal).

**DANS 70 %
DES CAS, UN DOSAGE
DU PSA ÉLEVÉ
N'EST EN RÉALITÉ PAS LIÉ
À UN CANCER
DE LA PROSTATE**



LES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE CES DEUX EXAMENS



Des résultats normaux sont le plus souvent rassurants : dans **90%** des cas, un taux de PSA faible signifie qu'il n'y a pas de cancer de la prostate.



Mais ces examens peuvent aussi « passer à côté » d'un cancer et rassurer à tort :

- **10%** des hommes ayant un taux de PSA faible ont un cancer de la prostate ;
- un toucher rectal normal n'exclut pas un cancer car cet examen ne permet de détecter que des tumeurs palpables.

Si votre dosage du PSA est élevé, cela peut être lié à la présence d'un cancer de la prostate et donc permettre de le détecter à un stade précoce, avant l'apparition d'éventuels symptômes.

Mais un dosage élevé ne signifie pas toujours que vous avez un cancer : d'autres maladies (hypertrophie bénigne de la prostate, prostatite ou infection urinaire) peuvent aussi augmenter le taux de PSA dans le sang. Si le dosage du PSA est élevé, des examens complémentaires sont alors le plus souvent prescrits. Dans **70%** des cas, il s'avère qu'un dosage du PSA élevé n'est en réalité pas lié à un cancer de la prostate et a inquiété l'homme à tort.

Par ailleurs, les modalités d'utilisation de ces examens (toucher rectal et dosage du PSA) en tant que tests de dépistage ne font pas consensus (intervalle entre les dépistages, taux au-dessus duquel un dosage du PSA devrait être considéré comme anormal) et la conduite à tenir par le médecin en cas de dosage considéré comme anormal n'est pas standard.

› LA BIOPSIE : UN EXAMEN INDISPENSABLE AU DIAGNOSTIC

Si une anomalie est détectée au toucher rectal ou si votre taux de PSA est élevé, **une biopsie vous sera généralement proposée** par l'urologue vers lequel votre médecin vous aura orienté. Elle permet de confirmer ou non la présence de cellules cancéreuses dans la prostate.

La biopsie consiste à prélever, sous anesthésie locale, des échantillons de la prostate avec une fine aiguille en passant par le rectum.

Il s'agit d'un examen désagréable, voire douloureux et qui peut générer des complications transitoires (sang dans les urines, le sperme ou les selles, dans près de 5% des cas). Plus rarement, il peut entraîner des infections ou une inflammation de la prostate (dans moins de 1% des cas).

La biopsie présente des limites : **20%** des hommes ayant un résultat de biopsie négatif ont en réalité un cancer.

L'ESSENTIEL À RETENIR

- Si les résultats du toucher rectal et du dosage du PSA sont normaux, cela peut, le plus souvent, permettre de vous rassurer ;
- Si le dosage du PSA est élevé, cela peut vous donner une indication précoce sur le développement d'un cancer de la prostate.
- **Mais** ces examens ne sont pas totalement fiables : ils peuvent « passer à côté » d'un cancer et vous rassurer à tort ;
- Inversement ils peuvent vous inquiéter à tort, vous amener à faire inutilement une biopsie et, si un cancer est diagnostiqué, à suivre un traitement qui peut être à l'origine de complications.

› LE PROBLÈME DU SURDIAGNOSTIC ET DU SURTRAITEMENT

Le cancer de la prostate évoluant souvent lentement, de nombreux cancers restent « latents » ou n'auraient jamais fait parler d'eux s'ils n'avaient pas été détectés par le dépistage (on parle de « surdiagnostic »).

C'est le cas de près de la moitié des cancers de la prostate dépistés.

Ces cancers auraient pu ne pas être diagnostiqués et ne pas être traités sans que cela ne porte préjudice à ces hommes.

Cependant, à l'heure actuelle on ne sait pas distinguer, au moment du diagnostic, les cancers détectés à un stade précoce qui vont devenir agressifs et qui doivent être traités des cancers qui resteront « latents » et ne nécessiteraient pas de traitement. On risque donc de vous opérer ou de vous donner un traitement dont vous n'auriez peut-être pas eu besoin (on parle de « surtraitement »).



**LA DURÉE D'ÉVOLUTION
DU CANCER DE LA PROSTATE
EST EN MOYENNE
DE 10 À 15 ANS AVANT
QUE N'APPARAISSENT
DES SYMPTÔMES**

› LES EFFETS SECONDAIRES DES TRAITEMENTS

Il existe différents traitements du cancer de la prostate⁽¹⁾. Les principaux sont la chirurgie (ablation de la prostate ou prostatectomie), la radiothérapie externe, la curiethérapie (implants radioactifs placés à l'intérieur de la prostate), l'hormonothérapie et la chimiothérapie.

Ces traitements sont efficaces mais peuvent entraîner des effets indésirables plus ou moins sévères. **Au total, plus d'un homme sur deux aura au moins une complication dans les deux ans qui suivent le début de son traitement.**

- **Incontinence urinaire** (perte incontrôlable de gouttes d'urine, parfois jusqu'à l'incontinence complète) : plus de 20 % des hommes sont traités pour incontinence après avoir reçu un traitement.
- **Changements importants dans la vie sexuelle** (difficultés d'érection pouvant aller jusqu'à l'impuissance) : après une opération, 100 % des hommes ne peuvent plus éjaculer ; entre 20 % et 80 % des hommes présentent des troubles de l'érection et près de 50 % des hommes sont traités médicalement pour cela.
- **Troubles intestinaux** après une radiothérapie ou une curiethérapie.

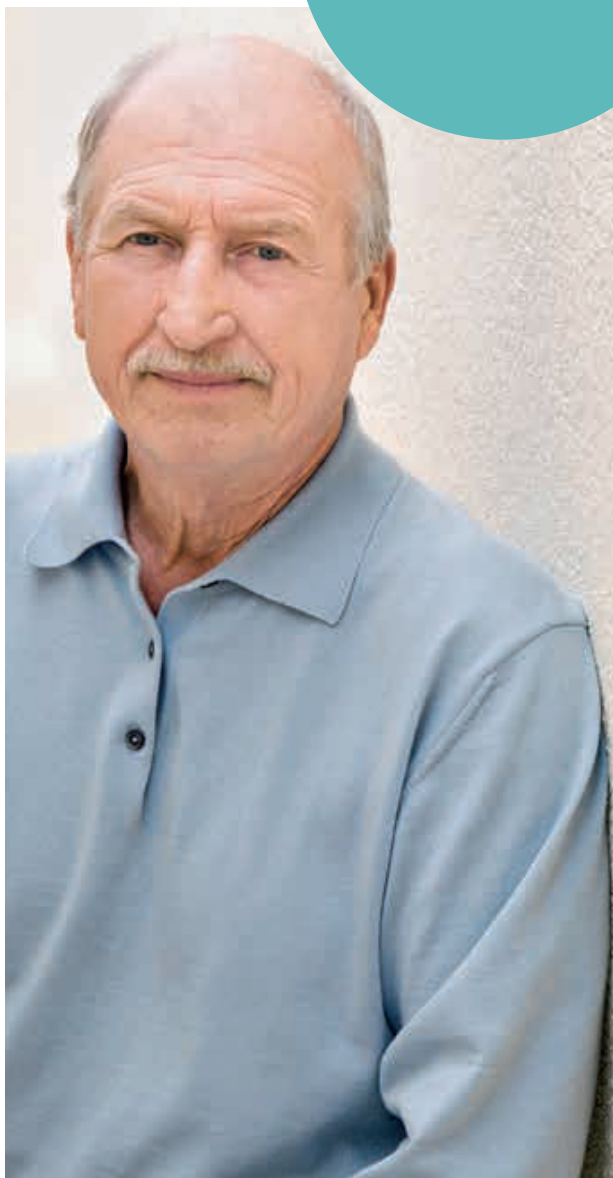
L'option de la surveillance

Parce que le cancer de la prostate évolue lentement, il n'y a pas toujours d'urgence à le traiter. Certaines équipes médicales proposent une surveillance dite « active » avec des contrôles réguliers. Si le cancer devient agressif, un traitement est proposé dans un second temps. Cette stratégie vise à éviter le traitement agressif des cancers à évolution lente et à limiter les risques de

complications et les effets indésirables des traitements. Mais l'incertitude, l'inquiétude et l'inconfort liés aux examens à répétition peuvent être difficiles à vivre. Par ailleurs, les protocoles de suivi restent encore à évaluer. Vous devez discuter avec votre médecin des avantages et des risques de chaque option avant de débiter un traitement.

(1) Guide Cancer info « Les traitements du cancer de la prostate » : www.e-cancer.fr.

L'ESSENTIEL À RETENIR



- De nombreux cancers de la prostate ne se seraient jamais révélés au cours de la vie des hommes et n'auraient donc pas nécessité de traitement. Ces hommes feront face aux conséquences physiques et psychologiques des traitements sans tirer bénéfice du dépistage, puisque leur cancer n'aurait jamais fait parler de lui.
- Les traitements sont efficaces mais peuvent exposer les hommes à des effets secondaires lourds de conséquences, qui affectent la qualité de vie (troubles sexuels, urinaires et digestifs).

Si vous envisagez de réaliser un dosage du PSA ou si votre médecin vous le propose, il est essentiel de disposer d'une information complète sur le sujet. Ce document a été réalisé en partenariat avec des experts médicaux pour vous aider à mettre en balance les bénéfices attendus par rapport aux risques encourus.

Votre médecin est la personne la mieux formée pour répondre à vos questions et vous aider dans votre réflexion. Il est important d'en parler avec lui et avec votre entourage avant de prendre votre décision.

POUR EN SAVOIR PLUS

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN

e-cancer.fr

0 805 123 124

Service & appel
gratuits

VU

NANCY, le 27 avril 2016
Le Président de Thèse

NANCY, le 28 avril 2016
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Pascal ESCHWEGE

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9153

NANCY, le 6 mai 2016

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus fréquent en France. Le dépistage de ce cancer par dosage du PSA fait débat depuis quelques années. En 2010 et 2012 la HAS, en se basant sur les résultats de deux grandes études américaines (PLCO) et européenne (ERSPC), a publié des rapports d'orientation recommandant de ne plus dépister par dosage du PSA. L'AFU, quant à elle, maintient ses recommandations de dépistage individualisé entre 50 et 74 ans.

Objectifs : Explorer dans quelle mesure la parution des dernières publications de la HAS a pu modifier la pratique du dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA en médecine générale. Identifier les éléments qui influencent la pratique des généralistes concernant le dosage du PSA. Souligner la spécificité du rôle du généraliste dans une situation d'incertitude sur la difficulté d'établir une balance bénéfice/risque individuelle, nécessitant un dialogue avec les patients.

Matériel et Méthodes : Enquête qualitative en entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes lorrains.

Résultats : Deux médecins ont modifié leur pratique à la suite de ces recommandations. Les principaux déterminants de pratique sont l'expérience professionnelle, les craintes d'un non dépistage, la sensibilisation du grand public et leurs formations (initiale et continue).

Conclusion : La majorité des médecins généralistes continuent de prescrire le PSA en tant que test de dépistage du cancer de la prostate. La controverse et l'absence de recommandations univoques contribuent à les laisser dans la confusion et à se fier à leur propre expérience. Une information claire et objective est primordiale afin de laisser le patient acteur de sa santé.

TITRE EN ANGLAIS

Recommandations on prostate cancer screening by PSA : practice audit with general practionners in Lorraine.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE-ANNÉE 2016.

MOTS CLEFS : cancer de la prostate, dépistage, PSA, recommandations, HAS, AFU.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
